

MARK BEYEBACH¹

EL USO DE LA TÉCNICA DE LA EXTERNALIZACIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA²

Resumen

En este trabajo se presentan algunas ideas sobre el uso de la terapia sistémica breve en casos de trastornos de la conducta alimentaria, y en concreto sobre la utilización de la técnica de la externalización (White y Epston, 1989). Tras presentar la Terapia Sistémica Breve, se discute la aplicabilidad de este modelo a la intervención en casos de TCA. En segundo lugar, se propone la técnica de la externalización, analizando sus probables mecanismos de acción, sus indicaciones y contraindicaciones, las posibles ventajas e inconvenientes que presenta, los pasos a seguir en su aplicación, y por último los posibles riesgos de su utilización.

Abstract

In this paper we present some ideas about the use of brief systemic therapy in the treatment of eating disorders, and more specifically about the use of the externalization technique (White and Epston, 1989). We start by introducing Brief Systemic Therapy and by discussing its applicability to eating disorders. Then we present the externalization procedure: its therapeutic action; its indications and counter-indications; the advantages of its use; the steps to be followed in this procedure and, finally, the possible pitfalls of its use.

0. Introducción

El objetivo de este taller es ofrecer una reflexión clínica y teórica acerca de las posibilidades terapéuticas que proporciona la terapia sistémica breve en general y la técnica de la externalización en particular, para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en el bien entendido de que el autor no es un especialista en TCA, sino únicamente en terapia sistémica breve, y reconociendo en todo momento el carácter cualitativo (no apoyado en investigación) de este análisis.

¹ Mark Beyebach, Universidad Pública de Navarra, Pamplona.

² Beyebach M. (2000) La técnica de la Externalización en el trabajo con Trastornos de la Alimentación. En N.Gracia Martín, B. Pérez Rodríguez y M. Rial Cascudo (eds.), *Los trastornos de la alimentación desde una perspectiva multidisciplinar* (199-237). Bilbao: Aldakuntza. Bi-1783-00 VERSION ACTUALIZADA EN 2015.

Dedicaremos el primer apartado de este trabajo a presentar someramente la Terapia Sistémica Breve. En segundo lugar discutiremos la aplicabilidad de estos modelos a la intervención en casos de TCA³, planteándonos sobre todo la compatibilidad epistemológica de estos mundos conceptuales (aparentemente) tan distantes. Pasaremos en el tercer apartado a explicar la técnica de la externalización, uno de los desarrollos más interesantes en el campo de las terapias sistémicas breves, y después analizaremos su posible utilidad en el trabajo con TCA. Finalmente, discutiremos las posibles ventajas e inconvenientes de esta técnica, así como sus limitaciones y los puntos de contacto con otro tipo de procedimientos psicoterapéuticos.

1. La Terapia Sistémica Breve y la Terapia Centrada en las Soluciones

Hablamos de **Terapia Sistémica Breve (TSB)** (Beyebach, 2009; Beyebach & Rodríguez Morejón, 1999) para referirnos a un conjunto de prácticas terapéuticas desarrolladas en los últimos 25 años dentro del campo más amplio de lo que habitualmente se conoce como "Terapia Familiar Sistémica". Aunque existen otros autores y orientaciones que podrían incluirse dentro de la TSB, nosotros utilizamos en nuestro trabajo clínico tres modelos que a nuestro entender constituyen el núcleo de esta forma de entender la terapia: (a) la Terapia Centrada en la Solución de Problemas desarrollada en el Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Crispo, Figueroa y Guelar, 1994); (b) la Terapia Centrada en las Soluciones creada en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee por Steve de Shazer y su equipo (de Shazer, 1985, 1988, 1991, 1994; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989); y más recientemente (c) el enfoque terapéutico desarrollado por Michael White en el Dulwich Centre de Adelaida (Australia) (White, 1993 y 1995; White y Epston, 1989). La Figura 1. recoge nuestra forma de entender la relación entre estos tres modelos, así como entre ellos y el resto del campo de la Terapia Familiar Sistémica⁴.

³ Aunque por mor de la legibilidad hablaremos a lo largo de todo este trabajo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), consideramos la denominación T.C.A. simplemente como una etiqueta descriptiva, que permite referirse de forma genérica a un cierto dominio del conocimiento, pero que en ningún caso tiene ninguna entidad real. En otras palabras, nos parece peligroso hablar de los TCA como si fueran algo que realmente existiese. Para nosotros, tan sólo existen clientes, diferentes unos de otros, aunque para simplificar decidamos agrupar ciertas características de nuestras descripciones utilizando rótulos o etiquetas como el mencionado de "TCA".

⁴ Podría argumentarse (y así lo ha hecho incluso el propio De Shazer, 1993) que los modelos terapéuticos del M.R.I., del B.F.T.C o de Michael White no son propiamente "terapias familiares". A nuestro entender, esto supone obviar lo que consideramos claros parentescos

AQUI FIGURA 1

Nosotros empleamos la **Terapia Centrada en las Soluciones** (TCS) como el abordaje terapéutico fundamental, dentro del cual integramos algunas de las técnicas e ideas tanto del grupo de Palo Alto como de los trabajos de Michael White. Trataremos por tanto de describir brevemente en qué consiste este planteamiento terapéutico.

Las premisas teóricas y los planteamientos técnicos de la TCS están muy influenciados por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson (Haley, 1973; Zeig, 1985), así como por el enfoque clínico articulado unos años antes en el citado Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Aunque fue desarrollada en Milwaukee, Estados Unidos, la TCS se ha propagado de forma espectacular también en el Extremo Oriente y sobre todo en Europa. Además, se están abriendo numerosos campos de aplicación de la TCS tanto dentro como fuera del ámbito de la psicoterapia. Así, se han publicado trabajos sobre el abordaje desde la TCS de problemas como el alcoholismo (Berg y Miller, 1992), la violencia familiar (Lipchik y Kubicki, 1996), la esquizofrenia (Eakes, Walsh, Markowski, Cain y Swanson, 1997) o el abuso sexual (Dolan 1991); y se han desarrollado interesantes experiencias de aplicación a contextos no-clínicos como la orientación escolar (Durrant, 1995; Murphy, 1996; Rhodes y Ajmal, 1995; Sklare, 1997), el consulting organizacional o el trabajo social (Berg, 1994; Mylan y Lethem, 1999; Sundman, 1997; Turnell y Edwards, 1999).

La TCS comparte con las demás terapias familiares y sistémicas su preocupación por el *contexto*, lo que entre otras cosas conlleva que con frecuencia -aunque no siempre- se realicen entrevistas de formato conjunto que incluyen a varios o a todos los miembros de una familia o pareja. Hay también, sin embargo, una serie de diferencias sustanciales entre la TCS y el resto de los modelos de terapia familiar.

históricos y evidentes concomitancias conceptuales y pragmáticas entre los diversos tipos de TSB y el resto de las terapias familiares. Sin ir más lejos, tanto el *Journal of Family Therapy* británico como el norteamericano *Journal of Contemporary Family Therapy* han dedicado números monográficos a la Terapia Centrada en las Soluciones. En cualquier caso, reconocemos que nuestra clasificación, como cualquier otra, es una construcción, discutible y relativa.

Por una parte, la TCS (así como los modelos de Palo Alto y Michael White) opta por un abordaje *no-normativo*, que considera que cada persona, pareja o familia son únicas e irrepetibles, y que por lo tanto la terapia no debe imponer ningún patrón de funcionalidad o normalidad, sino trabajar en colaboración con los clientes a fin de ayudarles a conseguir lo que *ellos* desean. Una implicación práctica de esta premisa es que en TCS se renuncia tanto a la evaluación psicométrica o psico-diagnóstica individual como a la evaluación relacional que suele hacerse en terapia familiar. Se entiende además que las personas que acuden a terapia ya disponen de los *recursos* necesarios para resolver sus dificultades, y que por tanto la labor del terapeuta no es ni paliar déficits ni enseñar habilidades, sino ayudar a la familia a que encuentre sus propias soluciones. Esto se consigue fundamentalmente a través del proceso de las entrevistas, en las que el terapeuta trata de generar "conversaciones centradas en las soluciones" que eventualmente llevarán a la superación del problema que motivó la consulta. Puesto que no se postula ninguna patología subyacente, ni personal ni familiar, la terapia se entiende sencillamente como un proceso en el que se fomentan los recursos de las personas hasta que el problema deja de ser tal. Puede entenderse por tanto que la TCS es ante todo un método de intervención radicalmente orientado al cambio; interpretaciones más recientes describen este conjunto de prácticas lingüísticas desde una posición narratológica y construccionista (de Shazer, 1994; Walter y Peller, 1996).

AQUI CUADRO 1

Desde el punto de vista técnico, la TCS se caracteriza por el uso que los terapeutas hacen de diversos tipos de preguntas, dirigidas a centrar la conversación tanto en las cosas que ya van bien (excepciones) como en aquellas que los clientes desean alcanzar (objetivos) (CUADRO 1 y CUADRO 2). En este sentido, se utilizan con mucha frecuencia preguntas encaminadas a elicitación y ampliar excepciones (sean éstas cambios previos al tratamiento, avances producidos durante el transcurso de éste, u otro tipo de situaciones positivas en las que no se haya producido el problema), así como preguntas que invitan a los clientes a imaginarse un futuro mejor ("Pregunta Milagro", preguntas de escala...). Los terapeutas formulan estas preguntas desde una posición de curiosidad genuina y de "no saber todavía", tratando siempre de mantener una relación igualitaria con el cliente y evitando colocarse en posición de "expertos". No se buscan cambios espectaculares, sino pequeñas modificaciones en la forma de pensar o actuar de los clientes, que puedan irse desarrollando y ampliando hasta

llegar a ser cambios que supongan una auténtica diferencia y permitan por tanto poner fin a la terapia.

AQUI CUADRO 2

Desde el punto de vista del formato terapéutico, la terapia-tipo en TCS consiste en una serie de 4 o 5 sesiones en las que, tras unos 45-60 minutos de conversación, el terapeuta sale a reunirse con el equipo que le está supervisando, para volver después y dar un mensaje final a los clientes. Este mensaje final incluye habitualmente elogios y alguna sugerencia o "tarea" a realizar hasta la próxima sesión. La periodicidad media de las sesiones es de unas tres semanas, aunque las entrevistas tienden a ser más seguidas al comienzo de la terapia y a espaciarse más hacia el final.

La TCS es por lo tanto un modo de hacer terapia que busca la máxima simplicidad, tanto desde el punto de vista teórico como técnico. A su vez, esto hace que resulte relativamente sencillo integrar la TCS con otros modelos que compartan la misma orientación epistemológica. Así, nosotros empleamos la TCS en tanto en cuanto la terapia avanza, con lo que se trata básicamente de ir amplificando y reforzando las mejorías. Pasamos a utilizar elementos del trabajo M.R.I. o de externalización si la situación no progresa satisfactoriamente. En ese caso el trabajo pasa de centrarse en las soluciones a centrarse en los patrones interactivos en torno al problema, con dos posibilidades:

a) Mientras que el trabajo Centrado en Soluciones consiste sobre todo en ampliar "lo que funciona", las técnicas del **M.R.I.** permiten trabajar con la otra cara de la moneda, tratando que las personas implicadas dejen de hacer "lo que no funciona". Esto se puede conseguir, bien introduciendo pequeñas alteraciones en la secuencia problema (p.ej., pedir a la chica con un problema de anorexia y a su madre que sigan discutiendo, pero que lo hagan *en el cuarto de baño*; pedir a la chica bulímica que antes de darse el atracón *recite una poesía*), bien propiciando un auténtico "giro de 180°" en las soluciones intentadas ineficaces, es decir, pidiendo a los implicados que hagan lo contrario de lo que se considera que hasta ese momento ha estado manteniendo el problema (p.ej. prescribir a la chica que en vez de intentar en vano no vomitar, vomite después de la merienda tanto si le apetece como si no; pedir a la madre de la chica anoréxica que la vigile *para asegurarse de que no coma demasiado*).

b) Mientras que en la TCS se pueden desarrollar soluciones sin hacer referencia a los problemas, el trabajo de **externalización** supone por el contrario dar una mayor entidad al problema, pero hacerlo de tal forma que los clientes puedan desarrollar también una mayor competencia en su lucha contra él. Comentaremos esta técnica con más detalle un poco más adelante.

2. La Terapia Centrada en las Soluciones aplicada a los TCA

Aunque es difícil transmitir cabalmente un procedimiento terapéutico en apenas unos párrafos, esperamos que nuestra descripción de la TCS haya sido lo bastante clara como para que el lector, habiendo advertido su carácter innovador y poco convencional, se haya planteado ya algunos interrogantes: ¿Hasta qué punto son extrapolables las ideas de la TCS al trabajo con TCA? ¿No resulta ingenuo pensar que podemos resolver un caso de anorexia o de bulimia simplemente "centrándonos en las soluciones"? ¿No son muy escasas esas 4-5 sesiones que por término medio se emplean en TCS? ¿Se puede prescindir de un diagnóstico riguroso a la hora de tratar con éxito un TCA? A responder a estas y a otras posibles dudas estará dedicado este apartado.

Comenzaremos haciendo un análisis conceptual de las diferencias teóricas que parecen darse entre uno y otro campo (la TCS en contraposición a la práctica profesional habitual en TCA), para pasar después a comentar nuestra propia experiencia clínica en la aplicación de la TCS a los TCA. Ello nos permitirá concluir analizando qué aspectos de la TCS parecen más relevantes y aplicables a la intervención terapéutica en TCA, y cuales deberían ser modificados para trabajar con este tipo de dificultades. Aunque hablaremos en todo momento de TCS, lo cierto es que la mayor parte de este análisis sería aplicable por igual a las otras dos modalidades de TSB que hemos descrito más arriba: la terapia desarrollada por Michael White, y el modelo del M.R.I. de Palo Alto.⁵

2.1. Algunas diferencias teóricas...

El CUADRO 3 resume nuestra visión de las diferencias que existen entre, por un lado, las premisas teóricas de la TCS, y por otro, los supuestos que informan la

⁵ En realidad, el único presupuesto que no compartirían -o al menos, no sin matizaciones- el enfoque de Michael White y el modelo del M.R.I. es el que enunciamos como que "se puede resolver un problema sin conocerlo".

mayor parte de los abordajes psicoterapéuticos que se hacen en el campo de los TCA (Garner y Garfinkel, 1995)⁶.

AQUI CUADRO 3

Desde el punto de vista meta-teórico, la TCS (y, por extensión, la mayoría de las TSB) asume un planteamiento epistemológico constructivista (De Shazer, 1994; Walter y Peller, 1996), según el cual nuestro conocimiento es construido, con lo que la labor de la terapia no sería *descubrir* la realidad, sino *consensuar* con los clientes realidades alternativas. Como hemos visto más arriba, esta posición conceptual lleva, entre otras cosas, a que el diagnóstico o la evaluación (como forma de *investigar* la realidad) pierdan su importancia. Por contra, la postura epistemológica que prevalece en la psicoterapia de los TCA es el realismo, que se traduce, entre otras cosas, en medidas terapéuticas como la vigilancia y el control de ciertos pacientes, o el proceso de "psico-educación", entendido como transmisión de conocimientos del "experto" al "lego".

Ligado a lo anterior, hay también una diferencia profunda entre la posición no-normativa de los modelos de TSB (que como veíamos más arriba lleva a centrarse en los objetivos de cada cliente concreto, sin encasillarle en la comparación con estándares o modelos de normalidad) y la importancia que en el campo de los TCA se da a todo tipo de normas: desde las que sirven como referencia para diagnosticar (o no) un caso como TCA, hasta las que marcan las pautas en la nutrición, o las que permiten establecer un peso-meta o el umbral por debajo del cual se debe proceder a la hospitalización.

En cuanto a la adopción de un paradigma sistémico, nos parece que la diferencia es menos acusada, por cuanto parece que se va instaurando un cierto consenso en el campo de los TCA sobre la necesidad de contemplar los problemas de alimentación en su contexto interpersonal. Ello lleva a menudo a incluir en el proceso terapéutico a los familiares de las pacientes: desde la terapia familiar como tratamiento de elección

⁶ El abordaje terapéutico de los TCA es al menos tan heterogéneo y variado como los propios TCA, por lo que hablar del "campo de los TCA" es lógicamente una tremenda simplificación conceptual. Entiéndase esta expresión en el sentido de recoger lo que, al menos en la opinión de este autor, serían una serie de denominadores relativamente comunes, asumidos de forma más o menos explícita por los enfoques más extendidos en la intervención psicoterapéutica con TCA.

en casos de anoréxicas jóvenes y que viven con sus padres (Garner y Garfinkel, 1995); hasta la constatación de que cualquier caso de TCA tendrá muy probablemente repercusiones sobre toda la familia y que por tanto ésta deberá ser tomada en cuenta a la hora de planificar la terapia y su seguimiento (Lock, LeGrange, Agras & Dare, 2001; LeGrange & Lock, 2007; Eisler, 2005; Eisler et al., 2000).

Por lo que se refiere a lo que podemos denominar "punto de vista centrado en las soluciones", hay varios extremos en los que parecería que entran en contradicción lo que postula la TCS y lo que constituye la práctica común en el tratamiento de los TCA. La posibilidad de resolver un problema sin conocerlo, tal y como mantiene la TCS, está desde luego en conflicto con la posición habitual de recabar información detallada acerca de los síntomas del TCA: alimentos que ingiere y que rechaza la anoréxica, frecuencia y contenido de los atracones, duración e intensidad del ejercicio, tipo de ideas obsesivas, etc.⁷

En cuanto a la posibilidad de que el cambio en una parte del sistema puede llevar a cambios de todo el sistema, y que por tanto en terapia es suficiente con producir cambios pequeños, parece complicado casar esta afirmación con la idea -muy extendida- de que la resolución de los TCA exige modificaciones profundas y muy sustanciales. De hecho, el consenso en el campo de la terapia de los TCA va más bien en sentido contrario al ideario centrado en soluciones, proponiendo la necesidad de intervenciones prolongadas y simultáneas en múltiples niveles (sistemas).

Finalmente, el énfasis que los diversos modelos de TSB hacen sobre la creación de una relación de cooperación con los clientes puede parecer difícil de traducir en un tema en el que a menudo se interviene dentro de un contexto coercitivo, en el que el tratamiento con frecuencia es impuesto por la familia o los profesionales, y en el que a menudo los objetivos de pacientes y profesionales son ya no sólo divergentes sino a veces francamente contrapuestos.

2.2 ...y algunas experiencias prácticas

Aunque, como veremos más abajo, la mayoría de estas contradicciones entre las premisas de la TCS y los fundamentos conceptuales del trabajo estándar en TCA son

⁷ En este sentido la Terapia Interpersonal de la Bulimia (Fairburn, 1995) constituye una interesante excepción, ya que durante las 20 sesiones de tratamiento no se habla para nada sobre la bulimia "en sí", sino que se elige un foco de tratamiento que en principio nada tiene que ver con comidas o con medidas purgativas. Por tanto, los espectaculares resultados terapéuticos que ha documentado la Terapia Interpersonal no dejan de ser un buen recordatorio de que la supuesta necesidad de recabar información detallada sobre los síntomas de los TCA es algo más ligado a las exigencias de ciertos modelos terapéuticos que a la supuesta "naturaleza" de los TCA.

más bien aparentes, también es cierto que algunas de ellas son difíciles de soslayar. De hecho, es posible que éstas últimas estén en la base de las dificultades que nuestro equipo ha encontrado en el trabajo con pacientes anoréxicas y bulímicas desde la Terapia Centrada en las Soluciones. Debemos indicar en este sentido que, aunque no disponemos de datos empíricos al respecto⁸, nos caben pocas dudas de que es precisamente en los casos de TCA en los que los resultados terapéuticos que hemos obtenido con la TCS son menos satisfactorios. No necesariamente inferiores a los que se hubieran obtenido con otros modelos psicoterapéuticos, pero sí peores de los que la TCS parece conseguir con otro tipo de problemas⁹.

Haciendo una reflexión sobre la naturaleza de las dificultades que hemos ido encontrando durante estos años al intervenir desde un modelo de TCS con pacientes anoréxicas y bulímicas¹⁰, nos parece que éstas han sido fundamentalmente de tres tipos.

*Por una parte, la dificultad que supone a menudo la negociación de objetivos, específicamente en los casos en que la paciente se niega a aumentar su ingesta y su peso en contra de la recomendación médica o el deseo de los padres. Aunque lógicamente esta dificultad se da en cualquier tipo de modalidad psicoterapéutica, puede llegar a ser más preminente en un modelo que, como la TCS, depende en gran medida de la formulación y concreción de objetivos terapéuticos razonables.

*Por otra, y especialmente en casos de anorexia, la constatación de que ceñirse a los objetivos de las pacientes puede contribuir a hacer "anoréxicas felices": p.ej., con más relaciones sociales, con menos problemas en la concentración, con un ambiente familiar más distendido...pero sin que los cambios en este área se generalicen a los temas de alimentación. El problema aquí radica en que, si el avance se da exclusivamente en estos objetivos "periféricos", puede no sólo **no** ampliarse a otras áreas, sino llegar a convertirse en un impedimento para la superación de la anorexia, al desaparecer la "motivación del sufrimiento" (formulándolo en términos muy

⁸ Aunque nuestro equipo ha venido publicando una serie de investigaciones de resultados sobre muestras atendidas en la Universidad Pontificia, el número de casos de TCA incluidos en los años objeto de estudio no ha permitido hacer análisis estadísticamente sólidos para esta submuestra.

⁹ Hay que comentar aquí que en el único estudio de resultados de terapia sistémica breve (en este caso, más bien del tipo M.R.I.) aplicada a TCA del que tenemos constancia, realizado por J.L. Rodríguez-Arias y presentado en este mismo Congreso, no se constata esta diferencia en cuanto a eficacia, aunque sí en cuanto a la duración de las terapias.

¹⁰ Puesto que no utilizamos habitualmente las herramientas diagnósticas al uso, los términos "anoréxica/s" y "bulímica/s" deben tomarse a título descriptivo, sin pretender estar empleando una definición rigurosa (en términos p.ej. del DSM-IV) ni asumir el concepto de "trastorno mental"

simples, una "anoréxica feliz" tiene menos razones para superar la anorexia que una "anoréxica desgraciada")

*Finalmente, trabajar sólo desde las excepciones y los objetivos hace difícil manejar adecuadamente ciertos patrones cognitivo-actitudinales típicos en los TCA. Aquí, en el terreno de confrontar las "creencias anoréxicas" es precisamente donde hemos constatado las ventajas que aporta usar activamente las técnicas de externalización que describiremos más abajo.

2.3. Un replanteamiento de algunas premisas centradas en soluciones...

Teniendo en cuenta las dificultades tanto teóricas como clínicas que acabamos de describir, parecería adecuado efectuar algunas adaptaciones de la TSB para su empleo en casos de TCA. A nuestro juicio, esta adaptación tendría que ser en primer lugar teórica, reconsiderando algunas de las premisas del modelo; este será el aspecto que trataremos en las próximas líneas. Un segundo tipo de adaptación sería de tipo técnico. Nos referimos aquí fundamentalmente al aumento del número de sesiones, así como al uso más intensivo de la técnica de la externalización, que es el tema fundamental de este trabajo, y que abordaremos en el siguiente apartado¹¹.

No nos parece necesario replantear la postura epistemológica constructivista. A nuestro entender es suficiente con retomar la distinción entre realidad de primer y de segundo orden propuesta hace años por Watzlawick (1978): así, el que por ejemplo se pueda negociar el *significado* que la paciente da a un determinado aumento de peso (realidad de segundo orden) no implica negar las *consecuencias médicas* que un peso excesivamente bajo puede tener (realidad de primer orden). Diferenciar además entre la intervención médica (que se regirá lógicamente por criterios médicos: resultados del análisis de sangre, proporción de grasa corporal, etc.) y la psicoterapéutica también permite afianzar esta distinción entre los dos tipos de "realidades".

¹¹ El aumento del número de sesiones se produciría siempre dentro de la brevedad de la intervenciones. Básicamente planteamos pasar de las 4-5 sesiones de las que por término medio suele constar una TCS a utilizar en torno a las 10. Aunque no quisiéramos extendernos en este punto, señalaremos aquí que el aumento del número de sesiones tendría que ver tanto con la necesidad de trabajar por momentos de forma separada con la paciente y su familia, como con la conveniencia de hacer una labor más intensa de prevención de recaídas, así como de incluir algunas sesiones "de seguimiento" para asegurar el mantenimiento de los cambios a largo plazo.

Más delicado es el tema del no-normativismo. Aunque pensamos que en casos de TCA se puede hacer psicoterapia sin realizar un diagnóstico tradicional¹², sí nos parece necesario asumir un punto de vista más normativo de lo habitual en TSB. De todos modos restringiríamos este normativismo a los aspectos ligados a los mecanismos (muchos de ellos fisiológicos) mantenedores del TCA. Si p.ej. una anoréxica restrictiva ofrece como objetivo comer algo más "a cambio hacer más ejercicio", no lo aceptaremos sin más, sino que evaluaremos el riesgo de que aumentar el ejercicio en vez de reducir la ingesta mantenga el proceso anoréxico; de la misma forma que veríamos con más suspicacia un control de vómitos conseguido a base de comer menos, que si ese control se hubiera logrado p.ej. buscando actividades que la distraigan.

En cuanto a la necesidad de que el terapeuta conozca los detalles del problema, la aceptamos igualmente sólo en tanto en cuanto se refiera a los elementos del proceso anoréxico o bulímico mantenedor del problema: desde luego sería negativo "descubrir" a mediados de una terapia que la paciente no sólo restringe su ingesta, sino que está empleando laxantes de modo abusivo, o ignorar si está o no haciendo ejercicio físico excesivo. Además nos parece fundamental que un profesional valore los riesgos y complicaciones médicas asociadas a la condición de la paciente, y también necesario desde el punto de vista ético (si no también terapéutico) que la paciente y sus familiares estén informados de estos posibles riesgos y complicaciones. Aparte de estos dos conjuntos de factores (mantenedores del proceso y puramente médicos), no pensamos que sea necesario abdicar del principio centrado en la soluciones de que el desarrollo de soluciones no requiere de una exploración detallada de las circunstancias y datos del problema.

Tal vez el punto donde a nuestro juicio el trabajo clínico con TCA pone más en entredicho los supuestos teóricos de la TCS es en el modelo de cambio. Tal y como apuntábamos más arriba, nos parece difícil mantener que en el trabajo con TCA sea por regla general suficiente con introducir pequeños cambios. Por el contrario, la constatación de que ciertos parámetros fisiológicos (p.ej. el síndrome de inanición) imponen a menudo severas restricciones a la transformación terapéutica, limitando el alcance de los pequeños cambios (por mucho que sean advertidos y señalados como tales por las personas relevantes del sistema), nos lleva a adoptar más bien la idea de la autonomía del síntoma, de reconocer que, si bien en la mayoría de los procesos terapéuticos cabe esperar que los cambios producidos en un área de la vida de los

¹² La arbitrariedad y poca fiabilidad de los criterios diagnósticos, reconocida por los propios autores especialistas en TCA no deja de avalar esta afirmación.

clientes pueden terminar extendiéndose al resto de los aspectos importantes, en el caso de los TCA existe una limitación fisiológica, un "techo fisiológico" que puede llevar a que coexistan cambios importantes a nivel cognitivo, afectivo o relacional, con el mantenimiento de patrones problemáticos en el tema de la ingesta, el peso etc. La consecuencia terapéutica es clara: además de promover los cambios encaminados a alcanzar los diversos objetivos personales y relacionales que la paciente o sus familiares puedan querer alcanzar, el terapeuta deberá prestar una atención especial a cómo conseguir que estos cambios repercutan también en el propio proceso anoréxico/bulímico.

Finalmente, señalar que consideramos sólo aparente la contradicción entre la importancia que la TSB da a la cooperación con los clientes y el contexto coercitivo en el que a menudo se produce la terapia, especialmente con anoréxicas "arrastradas" a terapia por sus familiares. Como veremos a continuación, pensamos que es precisamente en estas circunstancias donde la promoción de una relación de cooperación (y los recursos técnicos que en este sentido aporta la TSB) resulta de mayor relevancia.

2.4. ...y una apuesta por sus ventajas.

Hemos discutido brevemente de qué forma entendemos que las particulares características de los TCA obligan a reformular algunos principios de actuación de la TSB. Pero, planteando la pregunta en sentido inverso, ¿qué aporta la TSB al trabajo terapéutico con TCA? Dedicaremos este epígrafe a esta cuestión, a revisar qué recursos conceptuales y técnicos de la TCS (y en sentido amplio, la TSB) nos parecen útiles para la intervención en casos de TCA.

A nuestro entender, la TSB aporta diversas herramientas conceptuales y técnicas que pueden ser de gran utilidad en su aplicación al campo de TCA, y que tienen que ver, bien con la promoción de una relación de cooperación (énfasis en los objetivos, ajuste con la postura de los clientes, confianza en los clientes), bien con la articulación de procedimientos terapéuticos que maximizan los recursos de los clientes (trabajo con excepciones, cambios pretratamiento, escalas y externalización). Revisaremos brevemente cada una de ellas:

a) El énfasis sobre los objetivos de los pacientes (en contraposición a los que pueda imponer el terapeuta o una determinada concepción psicopatológica), tan marcado y desarrollado en la Terapia Centrada en las Soluciones, nos parece una de sus principales aportaciones. En la práctica se traduce en que si el terapeuta se esfuerza

activamente por construir algún tipo de objetivos atractivos para la chica anoréxica o bulímica, será mucho más sencillo "engancharla" para la terapia. Esto, que en casos de bulimia puede ser relativamente sencillo (habitualmente los atracones/vómitos son ego-distónicos y por tanto su supresión es deseada por la cliente) es lógicamente más complicado en muchos casos de anorexia. Y aquí es donde las técnicas centradas en soluciones, como las preguntas de proyección al futuro o el uso de escalas, resultan de enorme utilidad. De esta forma podemos establecer, p.ej., que aunque la chica no quiera de ningún modo aumentar de peso, sí desea recuperar la menstruación, o concentrarse mejor, o poder salir con sus amigas sin sentirse inadecuada, o simplemente pensar en otras cosas que no sean la comida.

b) Otro aspecto interesante es la cuidadosa valoración que los modelos de terapia breve hacen de la postura de los clientes, es decir, de cómo estos se posicionan frente a los problemas y su posible solución. En este sentido, en TSB se ha desarrollado toda una terminología para describir mejor el tipo de relación que se establece con los clientes, y por tanto para conseguir un mayor ajuste entre éstos y sus terapeutas (De Shazer, 1988). Trabajar en TCA desde esta perspectiva permite respetar mejor el ritmo o el momento de cambio en el que se encuentran la paciente y su familia, y por tanto conseguir que las intervenciones que se vayan proponiendo se adecúen al momento en el que los clientes se encuentran, algo que también se plantea desde otros enfoques de la psicología (Prochaska y DiClemente, 1992).

c) Desde una perspectiva más general, la postura constructivista de limitarse voluntariamente a "leer las líneas" de lo que narra el cliente en vez de "leer entre líneas" (es decir, zambullirse en lecturas más o menos interpretadoras de sus "verdaderas intenciones", De Shazer, 1994) lleva a adoptar una posición de confianza en la paciente. En otras palabras, desde la TSB no nos interesa asumir que las personas que describimos como anoréxicas o bulímicas sean mentirosas o manipuladoras. Al contrario, respetaremos su punto de vista y confiaremos en lo que nos cuenten¹³. Esto permite evitar el juego de persecución y acusación en que con excesiva facilidad deriva el proceso psicoterapéutico tradicional, y que nos parece sumamente estéril. Esta actitud no-acusadora se extiende por supuesto a toda la familia, a la que no consideramos en ningún momento culpable o causante del TCA,

¹³ Creer a las clientes no significa obviar el engaño si éste se constata, sino más bien "crear la paciente mientras ésta no nos demuestre lo contrario". Podemos p.ej. confiar en la capacidad de la paciente de establecer su propia dieta para recuperar peso, pero si se constata que de hecho no se recupera, habrá que considerar que la dieta la establezca un profesional. O podemos dejar parte del trabajo en manos de la chica, pero si la evidencia es que finalmente no está cumpliendo su parte, recurrir a un papel más activo de los padres, etc.

pero con quien sí nos gusta contar en terapia por cuanto constituye una importantísima fuente de ayuda y recursos.

d) Ya en el plano más técnico, las elaboradas técnicas de trabajo con excepciones desarrolladas en el B.F.T.C. de Milwaukee (De Shazer, 1988, 1991, 1994) permiten sacar el máximo partido a los recursos que la cliente y/o su familia ya tienen. Así, preguntar con detalle tratando de establecer qué es diferente los días en que la cliente no vomita, o en las ocasiones en que come "alimentos prohibidos", tratar de definir cómo la familia consigue ayudar a la chica en esos días en que su preocupación es menor, o cómo es que ha aumentado medio kg. de peso sin volver a recurrir a la reducción de la ingesta... se convierten en campos de posibilidad que marcan líneas de trabajo conjunto.

e) Un caso especial de trabajo con excepciones es el análisis de los "cambios pretratamiento", es decir, de las mejorías que se producen antes de la consulta con el profesional. La ventaja de este tipo de cambios es que son producidos sin la intervención del terapeuta, y por tanto son más fácilmente atribuibles a la cliente y/o su familia. De nuevo, la elaborada metodología que propone el modelo centrado en soluciones (y el enfoque de Michael White) permiten obtener una gran rentabilidad terapéutica de este aspecto.

f) También hemos encontrado muy útiles las preguntas de escala (VEASE Cuadro 2), que pueden aplicarse a diferentes temas (preocupación por la comida, tranquilidad en casa, confianza en sí misma...) y permiten tanto a la cliente como a su familia valorar los avances que se vayan produciendo.

e) Finalmente, nos parece que la técnica de la externalización desarrollada en Adelaida (White y Epston, 1989) es especialmente útil para trabajar con lo que podríamos llamar ideas o cogniciones anoréxicas. Dedicaremos los siguientes apartados a presentar con más detalle esta técnica.

3. La externalización en Terapia Breve¹⁴

¹⁴ Este apartado recoge en buena medida las ideas expuestas en Beyebach M. y Rodríguez Morejón (1996). Usos de la externalización en terapia familiar. En Espina A. y Pumar B., eds. Terapia Familiar Sistémica Madrid: Fundamentos.

3.1. Definición

Las prácticas de externalización fueron propuestas por Michael White como uno de los elementos centrales de su enfoque terapéutico (White, 1995; White y Epston, 1989), siendo un elemento más de la conversación terapéutica, una forma de emplear el lenguaje para facilitar que durante la sesión se generen significados divergentes, historias alternativas que favorezcan la disolución de los problemas .

En el sentido de Michael White (White, 1995; White y Epston, 1989), la externalización es un proceso en virtud del cual un cierto atributo o cualidad se "saca fuera" de las personas y se convierte en algo con entidad propia. En terapia, una forma habitual de externalizar consiste en utilizar el lenguaje para convertir los problemas que afectan a las personas y a sus relaciones en entidades separadas de éstas, con lo cual pasa a ser posible luchar *contra* ellas.

Así, podemos convertir a un niño del que los padres dicen que "es un niño miedoso" en un niño valiente que tiene que luchar contra "monstruos" o "fantasmas"... tan reales que pueden ser metidos en una caja de zapatos durante la noche (White, 1985). O podemos pasar de describir a alguien como "una bulímica" a hablar de una chica que está intentando identificar las "trampas" que le tiende la bulimia, y buscar formas de derrotarla. O identificar qué le susurra la "voz de la delgadez" a la madre para que contribuya a la dieta restrictiva de su hija.

3.2. Mecanismo de acción

Hay diversas formas de entender el proceso en virtud del cual la externalización puede ser de ayuda para las familias con las que trabajamos:

(a) Desde el punto de vista de Michael White, el valor terapéutico de la externalización reside en que crea un espacio entre la(s) persona(s) y su(s) problema(s), espacio desde el que la persona puede volver a asumir un papel activo y enfrentarse al problema. En el caso de chicas anoréxicas o bulímicas, que a menudo han asumido desde hace años una auténtica "identidad anoréxica", esta creación de espacio nos parece especialmente importante (FIGURA 2)

AQUI FIGURA 2

(b) También se pueden entender las prácticas de externalización como un caso particular del *uso de metáforas*. En cuanto metáfora, la externalización poseería valor heurístico (ser vehículo para la ampliación de conocimientos), generativo (en cuanto que el vehículo enriquece al tópico) y mnemónico (dado que facilita el recuerdo de la idea) (Beyebach, 1995b). Además, funcionaría como un facilitador de la eficacia de la comunicación, aumentando la intensidad de los mensajes, la rapidez con que se transmiten y su permanencia en la memoria.

Retomando la analogía del texto, la externalización aporta -o pretende aportar- un guión llamativo, un tema en torno al cual organizar la conversación terapéutica. De esta forma, la externalización se convierte en el hilo conductor de (parte de) la terapia. Además, pensamos que se trata de un tipo de guiones con un gran arraigo en nuestra cultura, tan propensa a cosificar las cualidades negativas y a crear "enemigos externos" a los que enfrentarse. Esto hace que sea más fácilmente asumible por nuestros clientes, proporcionando una base común en la que situarse. En otras palabras, estamos proporcionando un contexto superior que organiza y da sentido a sus experiencias: "Comer lo mismo que tu novio, pese a lo difícil que te resultaba ¿fue una victoria tuya o una victoria del miedo a engordar? ¿Cómo es que pudiste desafiar a este miedo? ¿Qué efecto tiene esta victoria para tí? ¿Qué dice sobre tus posibilidades de deshacerte definitivamente de la dictadura del miedo a engordar?"

c) También puede hacerse una lectura puramente cognitiva de la externalización. Desde el punto de vista cognitivo, se entiende que en buena medida los problemas se crean y se mantienen a través de ciertos procesos *atribucionales*, esto es, mediante mecanismos a través de los cuales las personas interpretan lo que les ocurre y adscriben significados a su propia conducta y a la de los demás.

Pues bien, a menudo las descripciones que las personas producimos para referirnos a un problema se refieren a *características internas* de los personajes que intervienen en esa situación. Atribuir los acontecimientos negativos a una causa interna no es algo baladí, ya que puede tener un efecto paralizante para las personas: "interno" suele ser sinónimo de "inmodificable" y la gente no suele sentirse muy motivada para cambiar aquello que se supone es inalterable. Muchas veces este tipo de atribuciones internas y paralizantes son alimentadas por los mismos sistemas de salud mental. Merced a estos uno pasa a *ser* una "bulímica" o una "anoréxica" (en vez de una "persona con un TCA", o -mucho mejor aún- una "persona con dificultades con la comida") en cuanto un profesional decide escribir la temida palabra en un informe. Los diagnósticos, "las palabras que originalmente fueron mágicas" que diría Steve de Shazer (1994), tienen el don de la auto-perpetuación porque una vez formulados funcionan como profecías auto-cumplidoras que convierten en realidad

los tristes pronósticos que los doctores han augurado. Este tipo de procesos cognitivos han sido postulados para explicar en parte problemas como la depresión, los conflictos de pareja o la xenofobia, y nos parece que seguramente contribuyan al menos a la cronificación de los casos de TCA.

Desde el marco teórico que acabamos de bosquejar, la técnica de externalización tiene efecto porque invierte este proceso atribucional. Lo hace creando una realidad separada de las personas, a la que se le atribuye imaginariamente la responsabilidad sobre los problemas. De manera que, por ejemplo, los "malditos vómitos" pasan a ser los "culpables" de que la chica se permita dar atracones, o la "voz de la anorexia" la verdadera amenaza para la salud de la persona (y no la "falta de fuerza de voluntad"). En palabras de Tomm (1989) externalizar los problemas facilita que las personas "internalicen su posición" frente a los problemas, es decir, se sientan agentes de su propia conducta.

A nuestro modo de ver, en este proceso atributivo está la clave de la eficacia de la externalización: permite asignar a los clientes la responsabilidad por la lucha contra el problema, *sin culpabilizarles por ello*. O a la inversa: permite desculpabilizar a los clientes (no es que la chica sea "resistente", sino que ha estado demasiado expuesta a la "voz de las tallas"; no es que los padres se vuelvan agresivos, sino que "la anorexia ha sembrado la cizaña en la familia"), sin que ello les prive de la responsabilidad de superar el problema (es la chica la que empezará a atender a otras voces; son la cliente y sus padres los que tienen que trabajar en equipo para derrotar a un adversario tan astuto). De esta forma, la externalización constituye una salida elegante a una de las importantes encrucijadas de toda psicoterapia: la de superar la disyuntiva "responsabilidad con culpabilidad *versus* desculpabilización con falta de control".

3.3. Usos de la externalización: indicaciones y contraindicaciones

Puesto que por desgracia no existen aún investigaciones empíricas sobre la cuestión, las indicaciones y contraindicaciones que propondremos son necesariamente provisionales, basándose únicamente en las recomendaciones de White, nuestra experiencia clínica y el análisis realizado en el apartado anterior. En ningún caso afirmamos que la externalización sea la única opción terapéutica en el tipo de situaciones que analizaremos, y nisiquiera la mejor; sí afirmamos que es una opción posible y potencialmente útil. Estas serían las indicaciones más relevantes:

a) Entendemos que en general es útil emplear esta técnica siempre que queramos *aumentar la responsabilidad que nuestros clientes tienen sobre la marcha del tratamiento, evitando a*

la vez la culpabilización. Puede ser recomendable, pues, en aquellos casos en que nuestros clientes se muestren pasivos y resignados o, simplemente, se sientan incapaces de hacer frente a su situación.

b) Ligado a lo anterior, la externalización también estaría indicada cuando *los clientes están paralizados por los sentimientos de culpa respecto del problema*, algo que nosotros encontramos especialmente cuando hay algún componente bulímico. Como hemos comentado más arriba, la externalización permite desplazar la culpa sobre lo externalizado y recuperar los recursos de las personas para que actúen sobre el problema.

c) También es provechoso emplear la externalización cuando queremos que *familias desunidas* en torno al TCA trabajen "en equipo". En este supuesto la externalización puede tener un fuerte efecto re-estructurante, ya que crea un enemigo común al que se enfrentarse (Figura 3)

AQUI FIGURA 3

d) Nosotros tendemos a utilizar la externalización cuando las personas que acuden a nuestra consulta están fuertemente *comprometidas con un diagnóstico*, generalmente como resultado de la información que han recibido de otros profesionales, o a resultas de una convivencia particularmente larga con el problema. ¹⁵

e) A nuestro juicio, la externalización resulta especialmente útil en todas aquellas situaciones en las que queremos *poner en cuestión las creencias de nuestros clientes sin que éstos se sientan atacados*. Construir que ciertas concepciones son, por ejemplo, "ideas de la anorexia" o "mensajes de la inseguridad" permite atacarlas sin que ello suponga atacar también a la persona del cliente. De esta forma, clientes y terapeuta pueden trabajar en equipo para descubrir las "falacias" de, en este caso, la anorexia o la inseguridad, para no dejarse engañar por ellas, etc...Puesto que por lo general en casos de anorexia y bulimia es

¹⁵ Puesto que tendemos a pensar que las etiquetas diagnósticas tienen más connotaciones perjudiciales que beneficiosas, solemos empezar en estos casos tratando de de-construir la etiqueta y buscando puntos de vista menos patologizantes. Sin embargo, en muchos casos esta tarea es excesivamente complicada: llevarla a cabo nos podría colocar en una posición comprometida con respecto a otros especialistas que continúan en contacto con el caso o, incluso, pondría en peligro nuestra relación terapéutica al desafiar demasiado las creencias de nuestros clientes, con el consiguiente riesgo de abandono de la terapia. En estos casos intentamos que las etiquetas jueguen a nuestro favor y empleamos la externalización. Aceptaremos entonces que la "anorexia", la "depresión" o los "tics" son algo que existe "realmente", pero eso sí, como algo separado del individuo y contra lo que se puede luchar

probable encontrarse con toda una serie de cogniciones negativas y opuestas al cambio (desde "si empiezo a aumentar de peso, no podré para hasta ponerme como una vaca" hasta "yo sé que esto no se cura nunca, que no vale la pena luchar" o "es que en el fondo sé que me sentiría mejor si perdiera otros dos kilos") esta indicación nos parece especialmente importante.

Por otra parte, las **contraindicaciones** de la externalización no dependen en nuestra opinión del diagnóstico clínico o de la gravedad del caso, sino de la postura de los clientes y de los intentos previos ineficaces de solución (Fisch, Weakland y Segal, 1982):

a) Hay clientes a los que el lenguaje metafórico resulta poco creíble, y que reaccionan con escepticismo ante la externalización. En estos casos será preferible utilizar un enfoque más sobrio y directo.

b) También puede estar contraindicada la externalización cuando es algo que la familia ya hace sin éxito, bien por iniciativa propia o por consejo de otros profesionales ("sí, ya sé que tengo que luchar contra esto, que es como un cáncer que..." "No hacemos más que repetirle a nuestra hija que debe luchar contra la anorexia..."). Si externalizar no ha dado resultado, lo más sensato parece no volver a insistir.

Por lo demás, la utilidad que eventualmente tenga la externalización va a depender sobre todo del propio proceso terapéutico que se establezca: el acierto al decidir qué externalizar, el momento de la terapia que elijamos para ello y de la combinación con otras técnicas e intervenciones. Esto nos remite ya al apartado siguiente.

3.4. Externalización y psicoeducación

La externalización no es más que una herramienta más, pero el lector habrá comprobado que los contenidos que se abordan con ella son en realidad los mismos que se incluyen en cualquier paquete psicoeducativo aplicado a los TCA. ¿Qué diferencia entonces un procedimiento de otro?

Aunque de nuevo nuestro análisis es puramente intuitivo y basado en nuestras experiencias clínicas, nos parece que la externalización presenta características diferenciales con las técnicas cognitivas y psicoeducativas con las que habitualmente se trabajan las "actitudes anoréxicas":

-La externalización es individualizada y por tanto se ajusta mejor que los paquetes psicoeducativos a las características de cada cliente o familia. La estandarización de los contenidos psicoeducativos supone, por otra parte, la ventaja de que se cubre la información de un modo más sistemático.

-Los procedimientos psicoeducativos apelan directamente a la racionalidad de los clientes. La externalización supone en cambio un proceder más intuitivo e imaginativo.

-La psicoeducación es especialmente adecuada para su uso en un formato grupal. La externalización, en cambio, requiere un formato individual (bien una sola persona, bien una sola familia).

3.5. El proceso de la externalización: pasos a seguir

Aunque la externalización tiene lugar con frecuencia de modo tan rápido que parece un fenómeno enteramente espontáneo, se ajusta por lo general a un proceso progresivo, en el que terapeuta y cliente van recorriendo juntos una serie de pasos. En este apartado discutiremos por separado cada uno de estos momentos del proceso, pero quisiéramos recalcar que en la práctica real aparecen a menudo solapados e invertidos. Además, como ya hemos remarcado más arriba, no se trata de algo que el terapeuta haga "sobre" sus clientes, sino de una secuencia interpersonal en la que cada parte va reaccionando ante las respuestas de la otra. Por tanto, analizar por separado la contribución del terapeuta obedece ante todo a motivos de claridad expositiva.

1. Decidir qué externalizar

El primer paso en la externalización consiste en decidir qué externalizar, y tiene que ver fundamentalmente con la rentabilidad terapéutica: ¿qué parece más prometedor como línea de trabajo? ¿qué parece estar más en consonancia con la postura de los clientes? Aunque la decisión que se tome está en función de las peculiaridades de cada caso concreto, sí se pueden hacer aquí algunas recomendaciones de tipo general.

La decisión sobre qué externalizar está en gran parte en función del enfoque terapéutico que se adopte, pero en cualquiera caso, un buen criterio para decidir qué externalizar es considerar qué elementos de la situación actual son más *relevantes* para los clientes: ¿qué cosas les resultan prioritarias? ¿cuáles les preocupan más? ¿cuáles valoran por encima de las demás? En este sentido, decidir qué externalizar se basa en una escucha atenta y respetuosa de lo que nos cuentan los clientes.

En muchas ocasiones las familias ya traen una idea externalizada, como por ejemplo: “en los últimos meses nuestra hija ha cambiado mucho, luego nos dijeron que la niña tenía bulimia, así que ahora sabemos que si se comporta raro es por la enfermedad”. En este caso es realmente fácil externalizar la “bulimia” puesto que desde el punto de vista de la familia ésta es la responsable de los cambios que ha experimentado la niña. Sin embargo, elegir

externalizar la "bulimia" tiene el inconveniente de apoyar un punto de vista de la familia que no parece que les haya ayudado de momento a resolver sus dificultades. Por ello puede ser útil buscar otro elemento que podamos externalizar, algo menos patologizante, que ayude a crear más salidas y resulte más real para la familia, y escoger p.ej. "los atracones" sugiriendo que "ellos son el enemigo fundamental". A partir de ahí, trabajaremos buscando qué cosas sirven para controlarlos.

Otra consigna a considerar es que lo externalizado ofrezca *salidas* a las personas con las que trabajamos, y que vaya en consonancia con la estrategia terapéutica. Así, es muy probable que no nos interese externalizar la comida (o "los dulces" o "las grasas") ya que esto supondría ir en contra de la línea de trabajo, y es probable (aunque depende de cada caso) que prefiramos externalizar p.ej. "la obsesión por la talla" antes que la "obsesión por la comida", o "el miedo a la comida" antes que "la comida".

De todas formas, tal y como señala White (1993), la definición de lo externalizado es fluctuante, y puede variar a lo largo de la terapia en función de lo que propongan tanto clientes como terapeuta. Tal vez se pase de luchar contra la anorexia a hacerlo contra el "fantasma de la gordura", para que finalmente lo externalizado sea p.ej. el "perfeccionismo implacable".

2. Nombrar lo externalizado

En muchas ocasiones decidir qué externalizar y darle un nombre constituyen un único proceso, y en otros casos los clientes ofrecen una vía de trabajo tan clara que el terapeuta ni siquiera tiene que plantearse estos pasos como tales. En otras ocasiones, sin embargo, la terapeuta decide qué externalizar y sólo después busca una forma de "bautizar" lo que va a externalizar. En nuestra experiencia, que la externalización "encaje" o no, que finalmente resulte o no útil, depende en buena medida de cómo se dé este paso, ya que nombres diferentes tienen connotaciones distintas y provocarán en los clientes respuestas también diferentes.

Externalizaremos una idea o un concepto que resulten *creíbles* para los clientes, y esto tendrá mucho que ver con que lo que elijamos esté próximo a su experiencia. Para ello será interesante extraer el nombre de lo externalizado de su propio lenguaje, evitando los tecnicismos y la jerga profesional. Cuando no está tan claro cómo nombrar lo externalizado, una forma de avanzar sobre seguro es co-construir la externalización con el cliente, sugiriendo diversas posibilidades: "¿Cómo llamarías tú a esta especie de voz de la que hablas? (...) ¿La "voz de la enfermedad"? ¿No? ¿La "voz de la bulimia? Hmm. La voz de la bulimia")

El siguiente ejemplo puede contribuir a aclarar cómo se desarrolla este proceso:

Una madre acude con su hijo de 16 años, que durante los ocho últimos meses ha tenido lo que los psiquiatras han diagnosticado como "ataques de pánico". La madre, a su vez, describe el problema contando que su hijo es "muy nervioso" y que a veces le "da el ataque" e incluso hay que llevarle a urgencias..

Terapeuta.- (Dirigiéndose al hijo) ¿Tú como describirías lo que te pasa?

Hijo.- Es como si de repente me pusiera muy nervioso, mi cabeza funciona demasiado deprisa y me siento muy mal, el estómago me duele y tengo ganas de vomitar.

Terapeuta.- Debes de pasar un mal rato ¿no?

Madre.- Sí, lo pasa muy mal. Nosotros le oímos gritar y acudimos rápido. La última vez era muy tarde las tres o las cuatro de la madrugada. Su hermana también se despertó.

T.- Claro, todos os alarmáis mucho cuando ocurre. Contadme un poco más desde el principio.

H.- Pues no sé muy bien como empieza, pero yo empiezo a sentir una cosa que me entra aquí en el estómago y sé que me voy a poner muy mal.

T.- ¿En que consiste la sensación?

H.- No se, es como una cosa que entra, que se queda ahí, como un peso.

T.- Una "cosa puñetera", por lo que veo.

H.- Más que puñetera (Risas), muy fastidiada. Cuando me doy cuenta, me digo "Ya está aquí otra vez la..."

T.- (superponiéndose) "la cosa".

H.- Eso es, ya esta aquí otra vez "la cosa". Y no sé que hacer, eso me pone muy nervioso.

T.- Muy bien, ¿qué pasa luego?

H.- Pues a veces, consigo calmarme y la sensación termina por desaparecer, otras...

T.- Como si consiguieras que "la cosa" se diera por vencida. Vamos a prestar mucha atención a esas ocasiones en que consigues que "la cosa" desaparezca.

H.- Si, es como si de repente la cosa me dejara en paz.

T.- ¡Vaya! Parece que "la cosa" a parte de molestar sabe ser considerada cuando quiere.

M.- (Riendo) No lo crea. La verdad es que nos esta complicando mucho la vida a todos.

T.- Bueno, pues supongo entonces que ha llegado la hora de ajustarle las cuentas...

3. Crear distancia entre los clientes y lo externalizado

Una vez externalizado algún aspecto del problema o de los recursos de los clientes, se trata de consolidar esta imagen, y de construirla como una entidad independiente y separada de

los clientes. Estos son algunos de los recursos que hemos comprobado sirven para crear espacio entre nuestros clientes y el problema externalizado:

a) *Revisar el efecto negativo que lo externalizado tiene sobre las vidas y relaciones de nuestros clientes* ofrece muchas oportunidades al terapeuta para ir creando la imagen del problema como algo externo y con una cierta vida propia: "¿De qué forma te está afectando esta "manía" ? (...) ¿Ha llegado ya a interponerse entre tu y el estudio? (...) ¿Cómo ha afectado a la relación con tus compañeras de piso?" Contestando a (o simplemente planteándose) estas preguntas, los clientes empezarán a ver cada vez más lo externalizado como algo que les afecta negativamente, que les hace sentir mal, y ello crea distancia.

b) Como un paso más de lo anterior, *atribuir a lo externalizado todos aquellos aspectos negativos de los que se quejen los clientes*, como en el caso del siguiente ejemplo:

Cliente La verdad es que llevo un tiempo que ya no me apetece nada salir ni quedar con nadie.

Terapeuta: Parece que la anorexia te está haciendo pagar un precio alto, no sólo en relación con la comida. ¿Cómo se las ha arreglado para interponerse entre tú y tus amigas?

c) *Utilizar expresiones personificadoras*, que atribuyan a lo externalizado la cualidad casi exclusivamente humana de la intencionalidad. Para ello decimos, por ejemplo, "la bulimia está tratando de fastidiar", "la bulimia se da por vencida" o "los atracones también pueden ser muy seductores".

d) Nos resulta especialmente útil *contraponer en la sesión la "voz" del problema externalizado con la de los clientes, creando una doble descripción* (White, 1986) que contribuya a subrayar las diferencias existentes entre la persona y el problema, aumentando así la diferencia entre ambas. De esta forma tratamos de identificar lo positivo (que suponga avances en los objetivos de los clientes) con la "verdadera persona", con la "auténtica Mari Jose", etc... y de unir los aspectos negativos al problema externalizado. En esta misma línea, y una vez que las personas hayan comenzado a superar su problema, podemos hablar de la "nueva familia" que ha surgido después de superar el problema y compararla con "la vieja", que no diferenciaba entre ella misma y su dificultad; o de la "nueva Marta" en comparación con la "Marta tiranizada por la moda".

Cliente: Cuando me paro a pensarlo, creo que nunca voy a salir de aquí, que siempre voy a estar sufriendo por lo que coma o no coma

Terapeuta: ¿Es esto una idea tuya, o es una idea de la obsesión?

Cliente: Pues no lo sé. Tal vez sea una idea de la obsesión. Cuando lo pienso me digo que para qué voy a seguir luchando.

Terapeuta: Ya, es una buena arma de la obsesión. Es una voz convincente.

Cliente: Pues sí.

Terapeuta: ¿Y qué es lo que oyes cuando te paras a escuchar tu propia voz? ¿Cuando eres la verdadera Marta?

Con clientes muy metódicos puede encajar pedir que hagan en casa alguna variante más cognitivista de esta misma tarea, por ejemplo, solicitar que hagan dos columnas en un folio, y apunten en la de la izquierda las ideas del problema, y en la derecha sus "propias ideas".

e) La doble descripción puede *situarse en el futuro*, planteando dilemas que refuercen el compromiso por el cambio: "¿Qué perspectiva te parece mejor, la de vivir con cierta comodidad, aunque bajo la tiranía de los kilos, o la de arriesgarse a sufrir pero desafiar esa dictadura? (...) Si te decidieras a plantar batalla a la tiranía de los kilos, cómo te imaginas que sería tu vida dentro de 5 años? (...) ¿Y de 10? (...) ¿Y cómo te la imaginas si decides seguir viviendo en la dictadura?"

f) Desde el punto de vista del lenguaje, resulta útil para crear distancia *emplear un lenguaje que elicite oposición*: hablaremos de la "tiranía del peso", de la "opresión de la inseguridad" o de "la batalla contra la anorexia". Esto nos lleva a veces a desarrollar un verdadero "lenguaje de guerra"; en estos casos discutiremos con los clientes qué armas son más o menos eficaces contra el problema externalizado, cuál es un buen momento para presentar batalla, qué contra-ataques cabe esperar, a qué aliados pueden recurrir...

4. Ayudar a la consultante a que decida luchar contra el problema

Este paso, que cuando externalizamos otros problemas a menudo no damos de forma explícita, sí nos parece importante trabajando en TCA, ya que es una manera de marcar el compromiso con el cambio, y a la vez nos da información sobre cuál es el momento del proceso en que está la cliente. A menudo es necesario revisar también con la cliente las *ventajas* que le reporta la bulimia o la anorexia, como una forma de tomar una decisión más meditada y de que la chica tome realmente "su" decisión, en vez de ser el mero eco de las exigencias de sus familiares o amigos.

Si el paso anterior se ha hecho adecuadamente, y la cliente experimenta distancia entre ella y el problema externalizado, será relativamente probable que se decida a luchar contra él (aunque esta decisión no excluye lógicamente una cierta dosis de ambigüedad). Si no es así, lo mejor es esperar o buscar razones adicionales que permitan a la chica o a su familia tomar más adelante la decisión de enfrentarse a su problema. En cualquier caso, no nos parece buena idea trabajar para derrotar un problema que no se quiere derrotar, en ese sentido es preferible limitarse por el momento a intervenir con aquellas personas que sí tienen decidido enfrentarse al problema (p.ej. los padres de la chica; el marido de la mujer con bulimia, etc.).

5. Ayudar a los clientes a que asuman el control en su lucha contra el problema

Una vez externalizado el problema (o alguna parte del mismo) y tomada la decisión de enfrentarse a él, la terapeuta se planteará de qué forma ayudar a la cliente y a su familia a recuperar el control sobre él. En este momento vuelven a un primer plano las preferencias clínicas de cada terapeuta. Nosotros optamos generalmente por una de las dos posibilidades siguientes:

a) Una de ellas consiste en charlar con la familia sobre lo que desde el enfoque del M.R.I. de Palo Alto denominaríamos "soluciones intentadas ineficaces" (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Aquí se trata de ver de qué manera la familia está "alimentando" al problema externalizado, es decir, qué conductas de los clientes mantienen el problema (White, 1985). Una vez identificadas, la familia puede asumir control sobre el problema negándose a seguir "alimentándolo" y "plantándole cara a sus exigencias".

b) Nosotros manejamos más a menudo una segunda opción, que consiste en centrarnos directamente en las excepciones y las señales de avance (De Shazer, 1988, 1991, 1994). En vez de identificar lo que es ineficaz para luego ayudar a interrumpirlo (que correspondería al modelo del M.R.I. de Palo Alto), hablamos directamente de las cosas que resultan eficaces para enfrentarse al problema externalizado. Para ello, al igual que en cualquiera de los pasos previos, tratamos de establecer una perspectiva interpersonal utilizando preguntas circulares (Tomm, 1988), y buscando testigos para las victorias de nuestros clientes (White, 1991).

Terapeuta- ¿Cómo se ha portado "la cosa" las últimas semanas?

Hijo- Pues ha habido de todo, pero en general bastante bien.

T.- (A la Madre) ¿Ud. diría que su hijo está consiguiendo controlarla?

Madre- Sí, yo creo que sí, al menos por lo que yo he podido ver.

H.- Si, pero de vez en cuando se ha salido con la suya.

T.- Eso es normal, claro, ya sabes que tienes un enemigo difícil y que no va a darse por vencido fácilmente. ¿Qué batallas estás ganando?

H.- Bastantes, no sé... quizás lo más gordo fue el otro día, en un bar con mis amigos, empecé a sentir como que podría aparecer la cosa, pero lo controlé.

T.- Mmm. O sea que la cosa quiso atacar pero no se lo permitiste. ¿Cómo te las arreglaste?

H.- Seguí haciendo lo que ya sabía que me iba bien, intentar hacer cosas y hablar con mis amigos en vez de obsesionarme.

T.- ¡Buena idea! ¿Fue fácil o difícil?

H.- Hombre, muy difícil no fue...

T.- Me imagino que "la cosa" contraatacaría...

H.- No, la verdad es que se quedó bastante tranquilita. (Risas).

T.- O sea que niquiera te resulto muy difícil. ¿Cuál es el secreto para que la cosa se quede "tranquilita"? ¿Cómo lo consigues?

H.- No sé, yo creo que simplemente no surge el tema.

T.- Si le preguntara a tu madre cómo lo consigues ¿qué crees que me diría?. Dentro de un momento la voy a preguntar, ¿tú qué crees que me va a contestar? ¿Cuál crees tu que, según ella, es el secreto?

6. Sugerencias externalizadoras

Trabajar la externalización en terapia también facilita proponer, como sugerencia para casa, alguna tarea basada en la externalización. Basten a modo de ejemplo las propuestas de "escribir una carta de despedida a la anorexia" o la de anotar las pequeñas victorias frente a ella (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

7. Cierre

Hasta aquí hemos hecho hincapié en la oposición entre el problema externalizado y la persona o personas que luchan con él. Si la externalización ha tenido éxito, el problema aparecerá como una entidad externa, ajena a la persona, contra la que ésta puede movilizarse para reclamar su propio espacio, su propia vida. Al final de la terapia, el problema quedará como un enemigo derrotado, desterrado de la familia, y del que sólo queda la amenaza de una reaparición, ante la cual la familia estará bien prevenida. En otras ocasiones, el problema seguirá presente, pero reducido a una dimensión manejable, ocupando el lugar que le corresponde. En cualquier caso, la labor del terapeuta será elogiar a la familia por el trabajo realizado y eventualmente preparar la respuesta adecuada ante posibles recaídas. También tiene sentido, a veces, organizar una "despedida" o un "entierro" del problema.

Hay ocasiones, sin embargo, en las que puede ser preferible otro final, por lo que conviene re-integrar lo externalizado, superar la dicotomía persona/problema y fomentar el reconocimiento de los aspectos positivos de éste. Así, Ben Furman y Tapani Ahola (1992) describen cómo a menudo piden al cliente que exprese su gratitud a las diversas personas que le ayudaron... incluyendo la ayuda que en su momento supuso el propio problema.

3.6. Riesgos de la externalización

A nuestro modo de ver, los problemas de la externalización pueden surgir tanto por defecto como por exceso. En el primer caso, lo que sucede es que la externalización no "encaja" y se convierte en un artificio hueco que no aporta ningún valor añadido a la conversación terapéutica. El segundo caso resulta más comprometido. Aquí se trata de que la externalización funciona en sus tres primeros pasos, es decir, se construye durante la conversación un "enemigo exterior" contra el que la familia puede luchar... pero no se consigue dar también el último paso, que la familia tenga éxito en esa lucha. El resultado será pues que la familia sigue indefensa, pero ante un enemigo que ahora -y con nuestra ayuda- es mayor. Discutiremos por separado ambas posibilidades:

a) Que la externalización no sea aceptada por la familia o que sea acogida con indiferencia puede deberse a diversos factores.

-Si pensamos que lo que sucede es que el estilo o la postura de la familia no encajan con el uso de externalizaciones, imágenes, etc. (tal vez porque prefieran lo racional y analítico), lo mejor será renunciar a emplear esta técnica. Como ya hemos dicho, existen siempre otras muchas alternativas.

-Otra posibilidad es que algo haya ido mal en los dos primeros pasos del procedimiento, al decidir qué externalizar o al nombrar lo externalizado. Esto no es infrecuente, y además es lógico en una situación de diálogo, de constante renegociación de significados. En este caso la (falta de) respuesta de la familia enseña a la terapeuta que debe buscar otros caminos. La terapeuta debe evitar empeñarse en una línea que no funciona, y tratar de ofrecer otras posibles definiciones o buscar otro aspecto a externalizar.

-También es posible que estemos ante un problema de *timing* : el terapeuta se ha precipitado al externalizar, no ha sabido esperar al momento adecuado. En estos casos también se impone la prudencia; la entrevista puede reconducirse por otros derroteros y dejar la externalización para más adelante.

-Finalmente, puede suceder que estemos ante lo que -con una metáfora médica- podríamos denominar "problema de dosificación": la terapeuta se centra demasiado en la externalización y resulta repetitiva. En este caso es aconsejable introducir otras técnicas y otros temas de conversación a fin de contrarrestar la saturación.

b) Que la externalización no encaje supone que una parte de la conversación terapéutica resulte improductiva, pero lo más que puede suceder es que se desaproveche parte de una sesión o a que la relación terapéutica pierda vigor. Más graves pueden ser, paradójicamente, las complicaciones que se derivan de una externalización que *sí* ha tenido éxito, y en concreto cuando se externaliza correctamente pero no se resuelve el problema. En estos casos es posible que el efecto neto de la terapia sea haber fortalecido el problema, al haberle dado una entidad que antes no tenía, cosa que nos parece negativa sobre todo cuando el inicio del problema es relativamente reciente y por tanto podemos contribuir a darle una cronicidad que no tenía.

En cualquier caso, del mismo modo que no se debe sobreestimar el efecto positivo de esta -ni de ninguna- técnica psicoterapéutica, tampoco pensamos que se debe sobrevalorar su posible impacto negativo. Eso sí, estar atento al efecto que tenga en cada momento y al feedback que nos proporcionen los clientes nos permitirá evitar aplicaciones inadecuadas.

Referencias

- Berg I.K. y Miller S.C. (1992). *Working with the problem drinker. A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Beyebach, M. (1995a). Avances en terapia breve centrada en las soluciones . En (J. Navarro Góngora y M. Beyebach, eds.), *Avances en terapia familiar sistémica* . Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (1995b). Uso de metáforas en terapia familiar. En (J. Navarro Góngora y M. Beyebach, eds.), *Avances en terapia familiar sistémica* . Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia familiar breve*. Barcelona: Herder.
- Beyebach M. y Rodríguez Morejón (1996). Usos de la externalización en terapia familiar. En (Espina A. y Pumar B., eds). *Terapia Familiar Sistémica Madrid: Fundamentos*.
- Beyebach, M. (2009). Integrative brief solution-focused therapy: a provisional roadmap. *Journal of Systemic Therapies* (28, 3), 18-35.
- Beyebach M. y Rodríguez Morejón A. (1999). Some thoughts on integration in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 18-1 , pgs. 24-42
- Crispo R., Figueroa E. y Guelar D. (1994). *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona: Herder.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1993). Commentary: de Shazer & White: Vive la Différence. In (S. Gilligan and R. Price). *Therapeutic conversations*. New York: Norton.
- de Shazer, S., Berg I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- de Shazer, S.. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- de Shazer, S.. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- Dolan, I. (1991). *Resolving sexual abuse*. New York: Norton.
- Durrant M. (1995). *Creative strategies for school problems. Solutions for psychologists and teachers*. New York: Norton.

- Eakes G., Walsh S., Markowski M., Cain, H. y Swanson, M. (1997). Family centered solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study. *Journal of Family Therapy*, 19, p. 145-158.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple-family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-131.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G.F., Dodge, E., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 727-736.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal L. (1982). *The tactics of change. Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Garner y Garfinkel P. (1995). *Handbook of eating disorders (segunda edición)*. New York: Brunner/Mazel.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*. New York: Norton.
- Lebow J. y Gurman A.S. (1996) Making a difference. *Family Therapy Networker*, enero, 69-76.
- Le Grange, D., & Lock, J. (2007). *Treating bulimia in adolescents. A family-based approach*. New York: Guilford.
- Lipchik E. y Kubicki A.D. (1996). Solution-focused domestic violence views: bridges toward a new reality in couples therapy. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy: foundations, applications, and research..* San Francisco: Jossey-Bass.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa. A family-based approach*. New York: Guilford.
- Mylan T. y Lethem J. (1999). *Searching for strengths in child protection assessment: from guidelines to practice*. London: BT Press.
- Murphy J.J. (1996). Solution-focused brief therapy in the school. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy: foundations, applications, and research..* San Francisco: Jossey-Bass.
- O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions*. New York: Norton.
- Prochaska, J.O. y DiClemente C.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

- Rhodes J. y Ajmal, Y. (1995). *Solution focused thinking in schools*. London: BT Press.
- Sklare G.B. (1997). *Brief counseling that works. A solution-focused approach for school counselors*. California: Corwin Press.
- Sundman P. (1997). Solution-focused ideas in social work. *Journal of Family Therapy*, 19, p. 159-172.
- Turnell A. y Edwards S. (1999). *Signs of safety. A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton.
- Walter J.L. y Peller J.E. (1996). Rethinking our assumptions: assuming anew in a postmodern world. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B.L. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Watzlawick P. (1976). *Wie wirklich ist die Wirklichkeit?*. Munich: Piper.
- White, M. (1993). Commentary: the histories of the present. In (S. Gilligan and R. Price, eds.) *Therapeutic conversations*. New York: Norton.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: interviews and essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M., & Epston, E. (1989). *Narrative means to therapeutic ends*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Zeig J.K. (1985) *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.

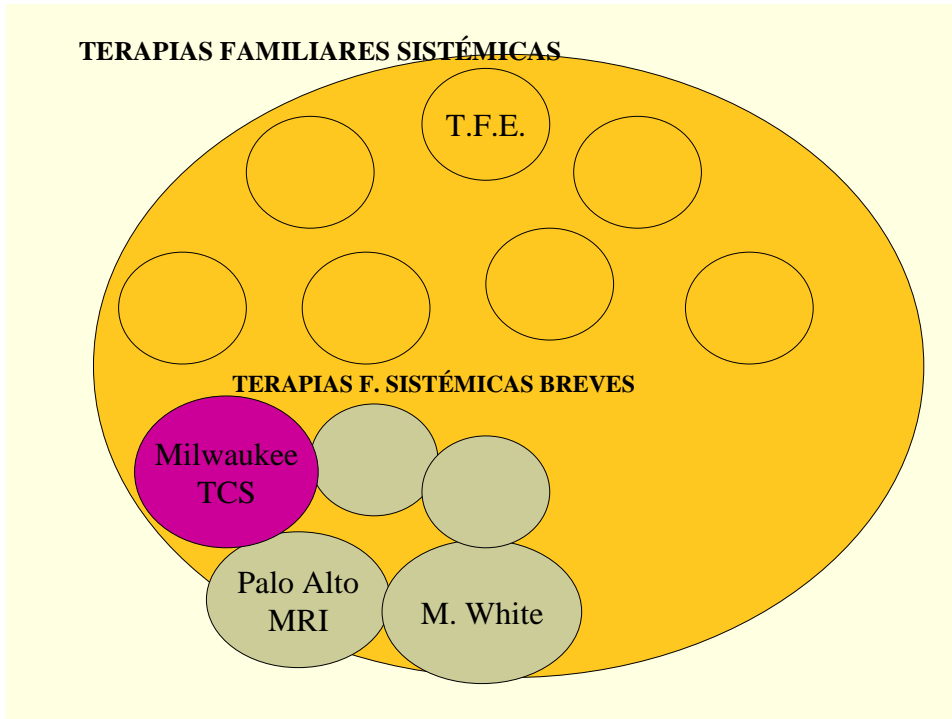


Figura 1. Las Terapias Sistémicas Breves en el contexto de las Terapias Familiares Sistémicas.

Problema

Se refiere a aquello de lo que la familia (o alguno de los miembros) se queja. Ejemplos: el niño se hace pis; no conseguimos controlar la agresividad de nuestro hijo; no puedo evitar pegarme atracones; nuestra hija apenas come.

Objetivos

Aquello que los clientes quieren conseguir. Consideramos objetivos bien formados aquellos que resultan alcanzables y se expresan en positivo (como presencia de algo en vez de como ausencia de algo), de forma concreta, conductual e interaccional.

Ejemplos: que seis de cada siete noches la cama esté seca; que nuestro hijo juegue tranquilo durante al menos media hora; que pueda hacer una cena normal sin después darme un atracón; que nuestra hija alcance un peso adecuado.

Excepciones

Todas aquellas ocasiones en las que el problema no se da, o en las que se produce un avance hacia la consecución de los objetivos

Ejemplos: las noches "de cama seca"; las veces en que el hijo jugó tranquilo; las ocasiones en que la cliente pudo hacer una cena "normal" sin darse luego un atracón; las ocasiones en que la hija come más.

Cambio pretratamiento

Es un tipo de excepción: las mejoras que se producen en el problema de los clientes entre la llamada telefónica para concertar cita y la primera entrevista con el terapeuta.

CUADRO 1. Vocabulario básico de Terapia Centrada en las Soluciones

Pregunta Milagro

"Supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se resuelven de forma mágica. Como están durmiendo no se dan cuenta de que sucede esta especie de milagro ¿Qué cosas van a notar mañana que les hagan darse cuenta de que ha habido este "Milagro"?"

Pregunta por Excepciones (una vez descrito el futuro sin el problema).

"¿Cuál es la última vez que han pasado algunas de estas cosas?"

Pregunta por el Cambio Pretratamiento

"¿Qué mejoras han notado desde que nos llamaron para pedir una cita?"

Pregunta de Escala

"De 1 a 10, donde 1 sería cuando peor han estado los problemas que les traen aquí, y 10 sería el momento en que estarán del todo solucionadas, ¿cómo están ahora?"

Estas preguntas se hacen a todos los participantes, y las respuestas se van elaborando mediante preguntas sucesivas que tratan de generar una descripción lo más concreta, interaccional y en positivo que sea posible.

Cuadro 2. Preguntas habituales en Terapia Centrada en las Soluciones

PRESUPUESTOS DE LA TCS

TRABAJO CON T.C.A.

Constructivismo

Realismo

No-normativismo

Normas sobre peso, nutrición....
Importancia del diagnóstico

P. V. Sistémico

Terapia Familiar como tratamiento
de elección en anoréxicas jóvenes

P.V. Centrado en las Soluciones

*"Se puede resolver un problema
sin conocerlo"

*Necesidad de recabar información
obre el problema

*El cambio en una de las partes del
sistema puede llevar a cambios en
otras.

Autonomía del síntoma.

*Es suficiente un cambio pequeño

Limitaciones fisiológicas al cambio.

*Énfasis sobre la cooperación

Contexto coercitivo

Cuadro 3. Diferencias en los presupuestos de la TSB y el trabajo en TCA.

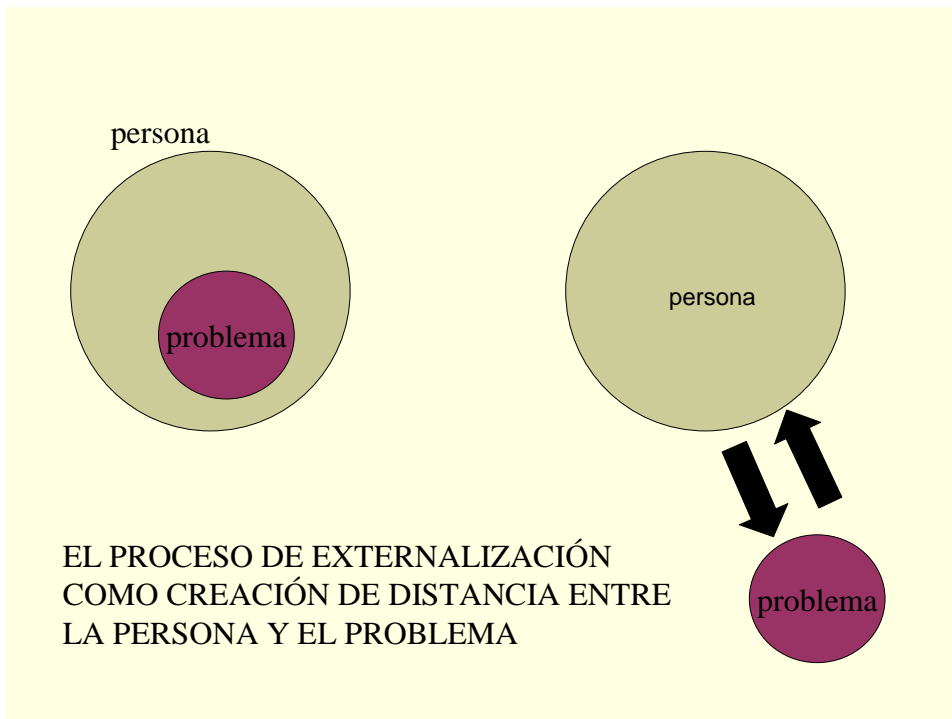


FIGURA 2. REPRESENTACIÓN GRÁFICA EXTERNALIZACION (INDIVIDUAL)

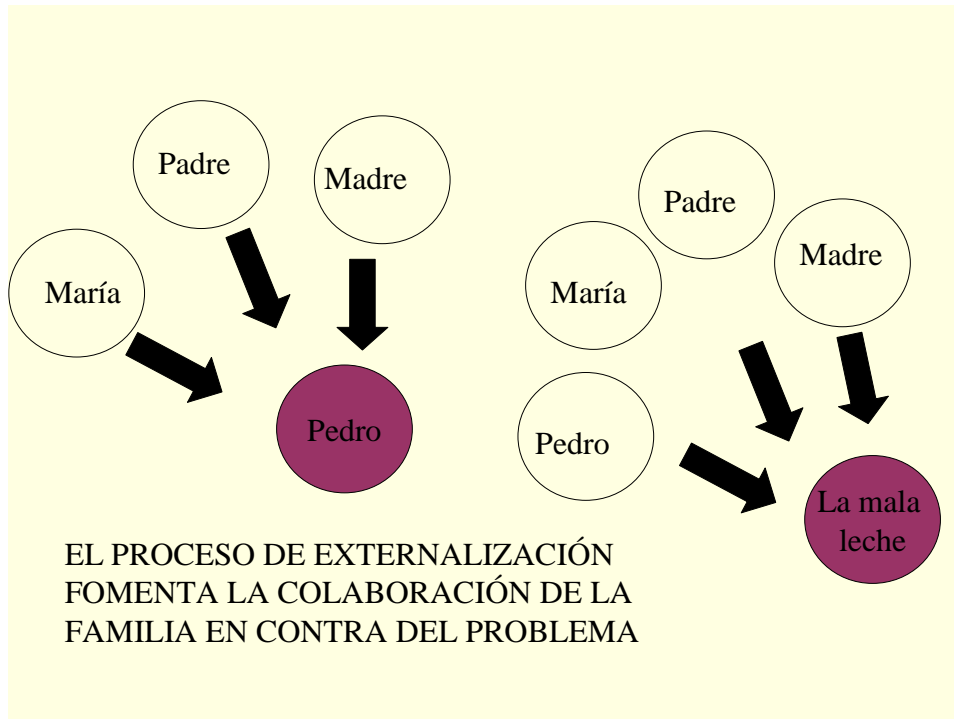


FIGURA 3. REPRESENTACIÓN GRÁFICA EXTERNALIZACIÓN (FAMILIAR)