

LA IMPORTANCIA DEL SIGNIFICADO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

THE IMPORTANCE OF MEANING IN THE THERAPEUTIC PROCESS

Beatriz González Arranz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7968-6388>

Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. España

José Navarro Góngora

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6479-4968>

Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. España

Luis Ángel Saúl

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6351-8283>

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

González, B., Navarro Góngora, J. y Saúl L. A. (2021). La importancia del significado en el proceso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 1-14. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.991>

Resumen

Todos nosotros empleamos estrategias con el fin de dar mejor sentido a nuestro mundo, a nuestras experiencias, somos constructores de significados. Lo que nuestros clientes traen a terapia es también un sistema de construcción. El proceso terapéutico tiene que ver con una forma de entender los problemas en función del significado personal del que consulta y la conversación será el medio a través del cual se exploran y negocian nuevos significados que van a permitir a la persona seguir avanzando con un sentido más pleno por los senderos que ella misma va escogiendo. Podemos definir la intervención psicológica como una conversación terapéutica y al terapeuta como un artista de la conversación, a través del diálogo puede hacer surgir nuevos significados o nuevas formas de posicionarse ante un problema.

Palabras clave: *significados, lenguaje, conversación terapéutica*

Abstract

All of us employ strategies in order to make sense of our world and experiences; we are constructors of meanings. What our clients bring to therapy is also a construction system. The therapeutic process has to do with a way of understanding the problems based on the individual's personal meanings, and the therapeutic conversation will provide the ways through which new meanings are explored and negotiated, that will allow the person to continue her life with a fuller sense of the paths that she herself is choosing. We can define the psychological intervention as a therapeutic conversation and the therapist as an artist of the conversation. Through dialogue, new meanings are discovered allowing new ways of facing old and new problems.

Keywords: *meanings, language, therapeutic conversation*

Fecha de recepción v1: 16/02/2021. Fecha de recepción v9: 18/08/2021. Fecha de aceptación: 04/09/2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: beatrizgonzalezarranz@gmail.com

Dirección postal: Beatriz González Arranz. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Avda. de la Merced 109, 37005, Salamanca. España

© 2021 Revista de Psicoterapia



Todos nosotros empleamos estrategias con el fin de dar mejor sentido a nuestro mundo, a nuestras experiencias, somos constructores de significados. Lo hacemos tanto en nuestra vida personal como en nuestro quehacer de terapeutas. La descripción de trastornos es en esencia una construcción (Button, 1985). Usamos los diagnósticos porque nos permiten anticipar, nos ayudan a predecir qué cosas se pueden esperar de ciertas personas.

Lo que nuestros clientes traen a terapia es también un sistema de construcción. No es sólo la presencia de un síntoma lo que hace sufrir al cliente, también lo es el significado adscrito a esos síntomas, a los acontecimientos y el impacto de este significado en su vida (Ramsay, 1998). A veces es un significado que no les sirve y en otras ocasiones, no han conseguido extraer un significado. Por tanto, la tarea psicoterapéutica se centrará en ayudar al cliente a dar un significado, o a cambiar el que tenía, a esa experiencia (Feixas, 2001).

Incluso en aquellos problemas que no tienen solución, como la pérdida de un ser querido o una enfermedad, las diferencias en el dolor se encuentran muchas veces en el significado. Por ejemplo, algunas personas experimentan los efectos secundarios de la quimioterapia como molestias y otros como la señal de que el tratamiento está haciendo efecto. A la madre que lloraba porque su hija vomitaba después de la quimioterapia pensando que el tratamiento ya no la podía curar, ayudarla a generar un relato alternativo no resolverá la enfermedad, pero si aliviará su sufrimiento.

El esfuerzo terapéutico se moverá en el reino de los significados, primero, escuchando todos los significados posibles del cliente, después explorando si esas construcciones son adaptativas, y si no lo fueran, ayudándolo en la búsqueda de visiones alternativas de la realidad que le hagan ver sus problemas con una nueva perspectiva y descubriendo respuestas de afrontamiento que, o bien no han considerado, o que nunca imaginaron que fueran posibles. En ocasiones, es necesario deconstruir un significado para su reconstrucción, sobre todo cuando el problema está afectando diferentes áreas en su vida (Payne, 2002). Pero no debe confundirse la deconstrucción con la redefinición, en esta última es el terapeuta el que ofrece una interpretación diferente de la realidad, en vez de trabajar para que sean sus clientes quienes la generen (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994). Por ejemplo, usamos una redefinición cuando en el contexto de la pandemia le decimos a una persona preocupada por sus miedos son, en cierto grado, aceptables e incluso beneficiosos porque le mantienen alerta y le ayudan a mantenerse seguro.

Durante el proceso terapéutico, los clientes aprenderán a atribuir nuevos significados a sus problemas que le abrirán nuevas posibilidades de acción (G. J. Neimeyer, 1996); la forma en que se construyen significados supone diferencias. Como terapeutas no estamos exentos de opiniones, prejuicios y valores; pero si no se los imponemos a nuestros clientes terminan por ser nuevas oportunidades de diálogos que permiten explorar nuevas ideas (Anderson y Goolishian, 1988). Las opiniones del terapeuta solo son una más entre las muchas posibles, no hay

interpretaciones correctas y únicas, no hay puntos de vista mejores o peores, pero sí hay puntos de vista que mantienen un problema y otros que ayuden a resolverlo.

Lo mejor de las opiniones o hipótesis es que no necesitamos creer en ellas; una vez planteadas, tenemos un tiempo para confirmarlas. Además, no necesitamos invalidar una para examinar las consecuencias de otra, de hecho, esto podría ser desastroso en psicoterapia: un paciente empieza a notar síntomas en su pecho que liga a haber comido una pera sin lavar. Convencido explica a su médico que ese es el origen de su tumor, necesitaba adscribir un significado a su experiencia. El médico trató de persuadirle de que su creencia no tenía ningún sentido y el paciente sufrió un ataque de ansiedad.

Acompañar al cliente en este proceso puede hacerse de muchas maneras, pueden emplearse gran variedad de técnicas, siempre como parte de un plan terapéutico que permita ayudar al cliente a valorar la efectividad de sus construcciones. Mahoney (2005) compara las técnicas con el lenguaje. El mismo mensaje se puede transmitir en idiomas diferentes. Cuantos más idiomas se conozcan, con más personas se puede hablar.

En el contexto de la creación de significados, la propia relación terapéutica va a ser una experiencia potencial de cambio. Las construcciones se validan o invalidan en el contexto de la interacción personal y son precisamente las personas más significativas para nosotros las que más pueden influir en ese proceso (Dallos, 1991/1996; Dallos y Johnstone, 2013). Por ello es fundamental que el terapeuta llegue a convertirse en agente validador, valida aquellos significados que le son útiles e invalida los problemáticos. Todo esto desde una relación de experto a experto (Botella y Feixas, 1998), donde el cliente es el experto en su sistema de significado y el terapeuta en lo concerniente a la facilitación del cambio, respetando el delicado equilibrio entre cambio y mantenimiento de la identidad. El concepto de curación es sustituido por el de cambio y ya no se trata, por ejemplo, de combatir las ideas absurdas del cliente o de modificar o corregir sus hábitos disfuncionales, sino de entender el sentido de sus acciones (Villegas, 1995, 2018).

La conducta deja de ser el fin para ser el medio a través del cual el cliente explora y experimenta nuevas construcciones más adecuadas de sí mismo y de los otros (Feixas, 2001). Pero las intervenciones conductuales no serán el único medio de exploración de nuevos significados. La conversación terapéutica es lo que principalmente convertirá al terapeuta en un agente validador o proveedor de confirmación, abre nuevas posibilidades para nuevos significados que se renegocian constantemente en los intercambios conversacionales (Gergen, 1996, 2015).

La Construcción de Alternativas a través del Lenguaje

Los significados se crean en el lenguaje (Korzybski, 1933; Barceló, 2015), por tanto, cambios en el lenguaje darán lugar a cambios en estos significados (Wahlström, 1997). El lenguaje es el medio en el que residen las fantasías de vidas alternativas (“cómo sería si...”), lo que le convierte en una herramienta muy sutil

para el psicoterapeuta. Esto nos permite definir la intervención psicológica como una conversación terapéutica (Wahlström, 1990) y al terapeuta como un artista de la conversación que a través del diálogo puede hacer surgir nuevos significados o nuevas formas de posicionarse ante un problema (Anderson y Goolishian, 1988).

Como propone de De Shazer (1994, De Sahazer y Dolan, 2007), en lugar de buscar detrás y debajo del lenguaje que utilizan los clientes, lo que tenemos y podemos usar para trabajar es su lenguaje. El lenguaje es utilizado como vehículo para el cambio (White, 1994). En este contexto la depresión puede convertirse en tristeza y la ansiedad se transforma en energía.

Esta idea de utilizar el lenguaje como creador de nuevos significados ya fue introducida por Kelly (1955/1991). Kelly propuso utilizar el lenguaje de las hipótesis como forma de invitar a la aventura y dar paso a la imaginación, como forma de ayudar al cliente a afrontar la amenaza, la ansiedad y la confusión de los momentos de transición (Feixas, 2001).

Otras formas de utilizar el lenguaje también ayudan al terapeuta a abrir nuevas posibilidades, nuevos significados. Por ejemplo, el lenguaje de las metáforas, de la externalización, de la paradoja, el diálogo sobre excepciones, preguntas específicas, etc. Se trata de diferentes formas de proceder terapéutico que giran en torno a diferentes formas de utilizar el lenguaje como vehículo para la construcción de significados alternativos, derivados de diferentes escuelas. Uno de estos enfoques terapéuticos que ha puesto especial énfasis en el lenguaje es la terapia narrativa (Montesano, 2012), sin embargo, cualquier orientación en psicoterapia puede mantener una conversación para el cambio, lo único que varía son los elementos terapéuticos que se incluyen en esa conversación, utilizan herramientas de análisis diferentes y por ello construyen realidades distintas (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994).

En ocasiones, cuando se intenta describir el tipo de actividades que realiza un terapeuta, se corre el riesgo de dar una imagen un tanto reducida del proceso terapéutico. Al decidir optar por el camino del lenguaje estamos abriendo uno, pero a la vez cerramos otros muchos posibles.

Un Lenguaje para el Cambio

Quienes opinan que es imposible cambiar las cosas tan solo con hablar, en realidad pueden tener razón. Efectivamente, la mayoría de los clientes ya han hablado con alguien de sus problemas antes de acudir a terapia. Pero a diferencia de una charla entre amigos, el terapeuta está constantemente maniobrando con un lenguaje para el cambio. Un lenguaje que permite explorar, construir y reconstruir significados.

Para describir este tipo de lenguaje, describiremos algunos de los usos del lenguaje más habituales.

El Lenguaje Interrogativo

La interrogativa es una de las modalidades más comunes de utilizar el lenguaje. Podemos utilizar diferentes preguntas, por ejemplo:

- **Preguntas presuposicionales** (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989/1990). Presuponen la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual de los clientes generando la expectativa de obtener mejorías. En vez de preguntar: *¿qué sería distinto?*, preguntamos: *¿qué va a ser diferente?*
- **Pregunta milagro** (De Shazer, 1988/1992, De Sahazer y Dolan, 2007). Como técnica de proyección al futuro, pone al cliente en la situación hipotética de estar sin el problema, con una mirada centrada en las soluciones potenciales, una mirada a un futuro creíble y realizable.
- **Preguntas sobre excepciones** (White, 1994). Son esos milagros atemporales que suelen pasar inadvertidos. Además de explorar qué ocurrió, cuándo, dónde, quiénes estaban implicados, exploraremos qué fue diferente en su forma de actuar, pensar o sentir y los significados de esa excepción atendiendo a descripciones sobre sí mismo, los demás y sobre qué nuevas metas podrían acompañar a las nuevas posibilidades *¿Qué nuevas cualidades has descubierto en ti en este día?*, *¿Cómo estos descubrimientos afectarán a tu relación de pareja?*, *¿Qué será diferente?*, *¿Cuál será el próximo paso que posibilita los descubrimientos sobre ti misma?*
- Las preguntas por el **cambio pre-tratamiento**. Entendemos por cambio pretratamiento cualquier mejoría, que se haya producido entre el momento de la llamada y la primera entrevista (Weiner-Davis et al., 1987). Si el cliente nos informa de este cambio pretratamiento la conversación se dirige a ampliarlo todo lo posible, al igual que en el trabajo con excepciones. *¿Son este tipo de cambios los que te gustaría que se siguieran produciendo?*, *¿Qué puedes hacer tú para continuar por este camino?*
- **Preguntas circulares** (Tomm, 1988, Collins y Tomm, 2009). Invitan a describir la relación entre otros dos miembros de la familia o a especular sobre cómo puede reaccionar otro miembro ante un problema y qué reacciones es probable que genere en los demás esta respuesta. Podemos preguntar, por ejemplo, *¿qué hace tu mujer cuando tú gritas?*, para delimitar la secuencia interpersonal de un problema; *¿cómo va a reaccionar vuestra hija cuando vea que os lleváis mejor?*, para elicitare objetivos interaccionales; o *¿cómo crees que se sintió tu madre cuando le dijiste que ese día no habías consumido droga?*, revisando excepciones. La conversación cuestiona las premisas del sistema familiar, permite introducir distintos puntos de vista y la elaboración de una historia alternativa.
- **Preguntas de escala** en sus diferentes modalidades. Por ejemplo, las **escalas de avance** (De Shazer, 1986), donde se pide al cliente que evalúe el estado actual de su problema en una escala de 1 a 10. Con este tipo de preguntas el terapeuta tiene una nueva oportunidad para seguir atribuyendo los avances a conductas o recursos de las personas. Puede preguntar, por ejemplo: *¿Cuál es la clave de*

que hayas subido a un seis o un siete?, como una forma de atribuir control al cliente. También permite fijar objetivos: *¿En qué punto consideras que podríamos dar por finalizada la terapia?*, o *¿En qué vas a notar que estás ya en un ocho?* (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1997). Otra escala complementaria a la anterior es la **escala de confianza**, donde evalúa también en una escala del 1 al 10 el grado de confianza que tiene para mantenerse en un nivel determinado y posteriormente podemos ampliar con preguntas del tipo *¿qué puedes hacer para subir un punto tu confianza?* (Beyebach, 1995)

- **Preguntas de afrontamiento** (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1997b). Se trata de adoptar la desesperanza del cliente con el fin de facilitar su esperanza a través de preguntas como: *Viendo como han ido las cosas, me pregunto ¿cómo haces para resistir?, incluso ¿cómo es que las cosas no van peor?*

El Lenguaje de la Externalización

La externalización es un proceso de separación lingüística que distingue entre el problema y la identidad personal del cliente, pretende ayudar al cliente a modular la influencia que el problema ejerce sobre su vida (White y Epston, 1990/1993). Utiliza cambios en la atribución del problema, pasando de factores internos, globales y estables a factores externos con los cuales el cliente puede relacionarse de un modo más adaptativo. El cambio de perspectiva se favorece recurriendo a dos modalidades de externalización.

En la primera modalidad, el terapeuta crea una metáfora lingüística, habla del problema como si fuera un personaje externo, incluso le pone un nombre, bautiza el problema (Payne, 2002). Si a la persona no se le ocurre un nombre, el terapeuta puede hacer sugerencias, o incluso, se puede utilizar el mismo diagnóstico psiquiátrico (Durrant, 1989). Un cliente se imaginó como en sus malos momentos aparecía un personaje al que llamó “monstruito”.

La segunda modalidad cobra especial importancia en los problemas relacionados con violencia y abusos sexuales. No se debe hablar del maltrato o del abuso como un personaje externo, es imprescindible responsabilizar de los hechos a los ofensores (White y Epston, 1990/1993). En estos casos, lo que se externaliza son las creencias y modelos sociales que justifican el maltrato, y así, por ejemplo, hablar sobre como la idea de que debe aguantar la violencia para mantener su familia unida le domina. En otros casos de terapia de pareja también se puede hablar sobre cómo la influencia de la cultura familiar impera en su conducta relacional (Ferrel y Roque, 2021).

Una vez introducido el reencuadre de la externalización, el terapeuta recurre a las preguntas de influencia del problema (White, 1989), con ellas indaga cómo esa creencia le lleva a hacer, pensar, sentir y relacionarse. Por ejemplo: ¿Cuál es la primera señal de que este monstruito aparece?, ¿Qué te obliga a hacer?, ¿Qué te dice para ponerte nerviosa?, ¿Cómo repercute en ti?, ¿Cuánto tiempo lleva contigo?

Estas conversaciones externalizadoras se construyen en base a preguntas

que fomentan la revisión de su relación consigo mismo y los demás (Aguinaga et al., 2016), hacen posible que las personas experimenten una identidad distinta o separada del problema, le ayudan a tomar conciencia de cómo este personaje está pautando su vida y así decidir qué tipo de relación quiere tener con él. Es una práctica deconstructiva, que ayuda a que las personas experimenten cierta sensación de control, de competencia personal e impulsa a la aventura y el descubrimiento (Ochoa de Alda, 2001).

El Lenguaje de la Paradoja

La paradoja supone también una nueva forma de hablar de los síntomas basada en una actitud terapéutica que acepta la sintomatología. Esta actitud, estimula alternativas de conducta en el cliente. Es útil en aquellos clientes que solicitan ayuda desesperadamente, pero que, al mismo tiempo rechazan todos los intentos de solución que se les propone, quieren que se les ayude a cambiar, pero sin cambiar nada (Navarro Góngora, 1998). Algunos incluso han visitado ya a varios terapeutas y su objetivo es una nueva derrota.

En estos casos, en lugar de continuar con intentos inútiles de cambio, el terapeuta acepta su sintomatología, se muestra pesimista y le comunica que no hay nada que pueda hacerse respecto a su problema, con excepción quizás de enseñarle como vivir adaptándose al mismo. De esta forma, el cliente tiene sólo dos alternativas: renunciar para siempre a su juego de tratar de derrotar al psicoterapeuta, o bien proseguirlo, lo cual tan sólo podrá hacerlo demostrándole que la mejoría es posible (Navarro Góngora, 1998). En ambos casos, la intervención da lugar a un cambio. Valenzuela (2005) lo describe como una comunicación lingüística que está dentro de otra comunicación, que a su vez la contradice, de modo que se produce un dilema, de tal forma que para obedecer a una de las comunicaciones hay que hacer caso omiso a la otra.

Utilizamos la paradoja cuando pedimos al paciente que exagere o que esté más pendiente de sus síntomas; cuando indicamos a la familia que no pueden o no deben cambiar; o cuando como tarea utilizamos la prescripción del síntoma (Arbeláez Tejada et al., 2016; Selvini et al., 1991). Un síntoma siempre es, en esencia, involuntario y, por tanto, autónomo. Si se le pide a alguien que se comporte de una determinada manera que él considera espontánea, entonces ya no puede ser espontánea, la exigencia hace imposible toda espontaneidad. Recordemos la fábula de la cucaracha que le preguntó al ciempiés cómo lograba mover sus cien patas con tanta elegancia y con coordinación tan perfecta. A partir de ese momento, el ciempiés ya no pudo caminar.

El terapeuta utiliza expresiones que envuelven una contradicción. Sus dotes de comunicación y su experiencia serán determinantes; la firmeza y seguridad con que trasmita el mensaje y su capacidad de persuasión, serán la clave para que el paciente haga eso que contradice al terapeuta. La explicación detrás de las paradojas es la creencia de que la familia resistirá los intentos del terapeuta al cambio, al

resistirlos, harán lo contrario de lo recomendado, generándose así, la modificación que se desea (Arbeláez Tejada et al., 2016)

El Lenguaje de las Metáforas

Las metáforas son como vehículos para la comunicación, vehículos todo terreno que llevan al proceso terapéutico por fuera de las carreteras pavimentadas (las estructuras de significado previas) hacia territorios desconocidos, donde nuevos significados serán creados (Gil Lujan et al., 2016; Lyddon et al., 2001). Son como puentes a otra posibilidad, puentes que permiten al individuo dudar, cuestionarse y cambiar (Carrión, 2004).

En el contexto terapéutico, las metáforas juegan un papel importante, no solo facilitando el diálogo terapéutico (Cardona Galeano y Osorio Sánchez, 2015; Loja, 2007) y en la introducción de nuevos marcos de referencia, sino que también, facilitan la creación de la relación terapéutica, ayudan a los clientes a conocer y simbolizar sus emociones, como un medio de expresar emociones que no se pueden expresar de forma literal (Fox, 1989) y ayudan a desvelar muchas de sus creencias (Ecker y Hulley, 1996). Analizando distintas posiciones dentro de una misma metáfora, el terapeuta le ayuda a cuestionar su punto de vista al tiempo que lo mantiene (Billings, 1991).

Las metáforas también permiten trabajar con las resistencias (Otto, 2000). Pueden ayudar a los clientes a acceder indirectamente a nueva información sobre ellos mismos, protegiéndoles del potencial impacto de algunos de esos descubrimientos (Fox, 1989). La comunicación metafórica les puede ayudar a explorar lo que son, hablando de cosas que no son; constituyen una alternativa para examinar y hablar sobre los sentimientos y experiencias dolorosas del cliente, desviando las defensas rígidas y facilitando la relación (Billings, 1991).

El valor de la metáfora reside en que permite al terapeuta enviar mensajes directamente al inconsciente del sujeto (Haley, 1980), mientras la mente consciente se mantiene ocupada con los contenidos literales, el mensaje terapéutico burla su vigilancia y llega al inconsciente sin dificultad. Algunos autores también justifican las propiedades curativas de la comunicación metafórica por su vinculación con el hemisferio cerebral derecho, el cual se asocia a los procesos emocionales (Beyebach, 1995a; Fajardo, 2005).

En algunos casos las metáforas pueden utilizarse también como indicadores bastante fiables de que se han conseguido los objetivos planteados. Esto ocurre con aquellas metáforas que se prestan a ser cerradas, por ejemplo, la mujer que sale del pozo, la larva que se transforma en mariposa, etc. y sobre todo en aquellos casos en que es el propio cliente quien cierra la metáfora. En otros casos, el elemento simbólico permanece más allá de la propia terapia, alargando por así decirlo el efecto de ésta (Dolan, 1991).

Una Conversación Enfocada hacia lo Positivo

Una estrategia para iniciar un tema de conversación enfocado en lo positivo es hablar de **recursos**. Los recursos serían todo aquello que puede considerarse como fortalezas de una persona y que pudieran utilizarse para enfrentar sus problemas. Podemos, por ejemplo, hablar de la constancia de un cliente que realiza deporte diariamente, resaltar esa constancia, ese esfuerzo y ver cómo le ayuda, para luego preguntarnos cómo puede serle útil para abordar su dificultad. El presupuesto es que, si el cliente no se percibe como alguien con valores, recursos, posibilidades, no podrá ni afrontar el problema inmediato, ni, probablemente, los futuros (Navarro Góngora, 1998). Para lograr esto es importante que el propio terapeuta confíe en los recursos de los clientes (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994).

Estos recursos o cualidades que nosotros detectamos también pueden utilizarse como **elogios**. Los elogios son comentarios positivos que tratan de crear en los clientes una mejor disposición para aceptar cualquier sugerencia posterior (De Shazer, 1987). El mejor elogio es recordar cualquier avance que el cliente haya comentado en la entrevista y repetir lo que ha estado haciendo para que se produzca. También podemos recordar cualquier cualidad positiva que él se haya atribuido o que nosotros hemos detectado. Conseguiremos que los elogios sean creíbles haciendo que sean cortos y extrayéndolos de algo que haya ocurrido durante la entrevista (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994). Si no encontramos alternativas, siempre podemos utilizar comentarios estándar, como agradecerle su motivación para resolver el problema o la confianza que ha depositado en nosotros.

El Equipo Reflexivo

Esta técnica hace hincapié en el carácter conversacional de la terapia. Fue propuesta por el terapeuta noruego Tom Andersen (1987, 1991/1994). El terapeuta conversa con el cliente mientras los demás miembros del equipo escuchan atentamente en la misma sala. Durante la pausa, el equipo hace una reflexión abierta y ahora es el terapeuta y el cliente quienes observan y escuchan conversar al equipo acerca de sus impresiones sobre lo ocurrido en la sesión, sus visiones alternativas y sugerencias. Esta conversación se desarrolla de una forma hipotética, provisional y condicional (Botella y Feixas, 1998). Andersen (1991/1994, 1996) resume así las pautas de acción lingüística a llevar a cabo por el equipo reflexivo:

1. Sus reflexiones se basarán en algo expresado durante la sesión (*cuando escuché... se me ocurrió...*). Reflexionan sobre lo que han oído haciéndose preguntas a sí mismos sobre nuevas formas posibles de describir y explicar lo dicho.
2. Mostrarán una actitud de curiosidad y respeto, evitando interpretaciones, consejos o juicios y procurando ofrecer alternativas. Hablarán de forma especulativa (*no estoy seguro de..., me pregunto si..., tengo la sensación de...*)
3. No deben transmitir connotaciones negativas. En vez de decir *no entiendo*

por qué no intentan esto o aquello, se dice: me pregunto qué pasaría si intentarían hacer esto o aquello...

4. Mientras están reflexionando se mirarán entre sí, es decir, no mirarán a los que escuchan (clientes), con el fin de permitir que los oyentes se sientan en libertad de no escuchar. Además, si miran al cliente y se le incluye en la conversación, se les está privando de la posibilidad de estar en posición de escucha y de ver la discusión de los temas desde fuera (Andersen, 1991/1994).
5. Se debe ser sensible a la comunicación no verbal, pero no se debe señalar.
6. Las ideas que se generen han de ser creativas y originales, pero tampoco demasiado inusuales de forma que sorprendan pero que puedan ser aceptadas. Han de generar nuevas preguntas y poder ser respondidas de varias maneras.
7. Se debe hablar de manera que las ideas puedan ser igualmente rechazadas.

El equipo reflexivo debe tener en cuenta que su tarea es crear ideas, aunque algunas puedan no ser interesantes para el cliente, ellos seleccionarán las que encajen (Andersen, 1987). Destacamos también su transparencia, la conversación entre los miembros del equipo fluye con naturalidad, comparten sus opiniones sin haber planificado previamente sus mensajes, de hecho, no pueden hablar entre ellos hasta que el terapeuta establece una pausa e invita al cliente a escuchar (Botella y Feixas, 1998). Cuando el equipo finaliza su reflexión, el terapeuta pregunta qué ha sido lo que más le ha interesado, lo que ha encontrado más útil y ofrece sus propias impresiones. Conversar, oír reflexiones sobre lo conversado y volver a conversar, abre posibilidades de ver diferentes perspectivas de la misma situación.

Cartas Terapéuticas

La comunicación terapéutica puede traspasar los límites de la representación verbal y utilizar el lenguaje escrito para promover el cambio. El uso de cartas en terapia es uno de estos recursos técnicos (White y Epsom, 1990/1993).

Podemos utilizar estas cartas para conseguir diferentes objetivos terapéuticos (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994), por ejemplo, a través de ellas podemos reforzar algunos de los cambios que hemos introducido durante las sesiones. Podemos pedir a nuestros clientes que en la última sesión nos escriban una carta contando lo que hicieron para resolver el problema para así dar a leer sus cartas a otras personas que tengan un problema similar. Con esto, les ponemos en posición de expertos respecto a su problema, lo que probablemente contribuye a que se sientan más seguros y perciban sus avances como más firmes (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994).

Las cartas pueden ser también usadas como una forma de posibilitar la reflexión entre sesiones (Bacigalupe, 1996). En este caso se puede alentar al cliente a escribir una carta a sus seres queridos vivos o muertos, diálogos, notas entre sesiones, diarios, poemas, etc. También pueden ser utilizadas como una forma de dar continuidad a

esas terapias que decidieron finalizar prematuramente (Montesano, 2012).

La Autocaracterización y la Técnica del Rol Fijo

En la autocaracterización el terapeuta invita al cliente a explorar su sistema de construcción, le pide que escriba una caracterización de sí mismo como si fuera un protagonista de una obra de teatro. Debe escribirlo en tercera persona y como lo haría un amigo que lo conociera íntimamente (Kelly, 1955/1991). El análisis de lo escrito ayudará al terapeuta a redactar un rol alternativo, un rol imaginario con el que poder experimentar. El terapeuta animará al cliente a que actúe como si fuera tal personaje en su vida cotidiana durante dos semanas y comprobar los efectos. Durante ese tiempo actuará como si fuese ese personaje, hará las cosas como él lo haría, pensará como él, hablará como él, etc. (G. J. Neimeyer, 1998).

Para ser útil, el rol alternativo no necesita retratar a una persona ideal y tampoco debe reflejar todo lo opuesto a las autopercepciones del cliente. Hay que construir un puente entre éste y su propia autocaracterización, de manera que no parezca completamente extraño pero que al mismo tiempo introduzca suficiente novedad como para retarle a que se enfrente a un enfoque algo diferente (R. A. Neimeyer, 1996).

La finalidad de esta técnica no consiste en que el cliente adopte el rol propuesto por el terapeuta, sino que explore un nuevo rol, facilitando que genere una visión alternativa en su sistema de construcción. En su origen, la autocaracterización estuvo ligada a la técnica de rol fijo; sin embargo, su potencialidad es muy amplia (González-Encinas et al., 2019), permite extraer datos por sí misma, puede ser usada en diferentes fases del proceso terapéutico, facilita el cambio terapéutico y fomenta la alianza terapéutica (Crittenden y Ashkar, 2012).

Conclusiones

Cuando el terapeuta tiene presente que su forma de construir y dar significado a los acontecimientos y la del cliente son distintas, es cuando constata la necesidad de prestar atención a los significados que el cliente usa para describir su experiencia. Hemos de ser conscientes de que cada persona habla un “idioma” distinto, por ello, es importante estar atento a las palabras que nuestro cliente utiliza a menudo y preguntarle por su significado. Preguntarle cómo ha interpretado los acontecimientos que ha vivido e incluso sobre lo que nosotros le hemos dicho. La conversación terapéutica será el medio a través del cual se obtendrán y se renegociarán esos significados.

Cuando hablamos de las formas comunicativas para enfrentar la terapia, no hablamos de una serie de técnicas altamente especializadas reunidas en un contexto terapéutico que definan un protocolo. Esto solo indicaría el triste triunfo de la técnica sobre el contenido. No se puede prescribir cuando en terapia debe utilizarse una u otra técnica. La técnica o pregunta que en una ocasión funciona triunfalmente, en otra ocasión, por desgracia, no sirve para nada. Esto es sin duda una dificultad

para los terapeutas más noveles que suelen preferir tener un protocolo definido de técnicas a las que amarrarse.

Más allá de sí el ejercicio terapéutico se desarrolla dentro de narración/conversación, o en el relato/escritura o por medio de equipos reflexivo, hay algunas generalidades que siempre se mantienen en estas formas comunicativas de hacer terapia. El lenguaje deja de utilizarse como expresión de poder y autoridad, pasando a ser un lenguaje altamente democrático. Se dejan de lado las descripciones personales como verdades absolutas y se invita a discutir diferentes descripciones válidas para afrontar el problema. El terapeuta no propone soluciones, sólo ofrece alternativas, pero invitando siempre a los clientes para que participen activamente en la generación de las mismas.

Referencias

- Aguinaga, D. U., Chavarría, G. A. J., Muñoz, J. C. R. y Arbeláez, J. P. C. (2016). Sentidos de la externalización del problema en la terapia narrativa. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó (histórico)*, 3(1), 68-80. <https://doi.org/10.21501/23823410.1895>
- Andersen, T. (1987). *The reflecting team: Dialogue and metatalk in clinical work* [The reflecting team: Dialogue and metatalk in clinical work]. *Family Process*, 26(4), 415-428. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo, diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Gedisa. (Trabajo original publicado en 1991)
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En S. McName y K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp. 77-91). Paidós.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human system as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory [El sistema humano como sistemas lingüísticos: ideas preliminares y en evolución sobre las implicaciones para la teoría clínica]. *Family Process*, 27(3), 371-393. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>
- Arbeláez Tejada, G., González García, M. J., Madrid, D. J., Ramírez Agudelo, M. L. y Viveros Chavarría, E. F. (2016). Acercamiento a la noción de la paradoja planteada por Mara Selvini. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(2), 149-164. <https://doi.org/10.21501/23823410.2165>
- Bacigalupe, G. (1996). Writing in therapy: a participatory approach [Escribiendo en psicoterapia: un enfoque participativo]. *Journal of Family Therapy*, 18(4), 361-373. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.1996.tb00057.x>
- Barceló, T. (2015). La creación de significado. El modelo de filosofía experiencial del lenguaje de Eugene T. Gendlin. *Miscelánea Comillas*, 73(142), 5-34.
- Beyebach, M. (1995a). Uso de metáforas en terapia familiar. En J. Navarro Góngora y M. Beyebach (Comps.), *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 57-76). Paidós.
- Beyebach, M. (1995b). Avances en terapia breve centrada en soluciones. En J. Navarro Góngora y M. Beyebach (Comps.), *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 157-194). Paidós.
- Billings, C. V. (1991). Therapeutic use of metaphor [El uso de la metáfora terapéutica]. *Issues in Mental Health Nursing*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.3109/01612849109058205>
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Laertes.
- Button, E. (1985). *Personal construct theory and mental health* [Teoría de los constructos personales y salud mental]. Croom Helm.
- Cardona Galeano, I. L. y Osorio Sánchez, Y. L. (2015). Uso de la metáfora en terapia familiar. Aportes al enfoque narrativo. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 15-35.
- Carrión, S. A. (2004). *De plomo en oro: el poder de los cuentos y metáforas*. Mandala.
- Collins, D. y Tomm, K. (2009). Karl Tomm: his changing views on family therapy over 35 years [Karl Tomm: sus puntos de vista cambiantes sobre la terapia familiar durante 35 años]. *Family Journal*, 17(2), 106-117. <https://doi.org/10.1177/1066480709332632>

- Crittenden, N. y Ashkar, C. (2012). The self-characterization technique: uses, analysis, and elaboration [La técnica de la autocaracterización: usos, análisis y elaboración]. En P. Caputi, L. L. Viney, B. M. Walker y N. Crittenden (Eds.), *Personal Construct Methodology* (pp. 109–128). Wiley.
- Dallos, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1991)
- Dallos, R. y Johnstone, L. (2013). *Formulation in Psychology and Psychotherapy [Formulación en Psicoterapia y Psicología]*. <https://doi.org/10.4324/9780203380574>
- Dolan, Y. M. (1991). *Resolving sexual abuse. Solution focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors [Resolviendo el abuso sexual. Terapia centrada en soluciones e hipnosis ericksoniana para adultos supervivientes]*. Norton.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós.
- De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. Paidós.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve*. Gedisa. (Trabajo original publicado en 1988)
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic [Las palabras eran originalmente mágicas]*. Norton.
- De Shazer, S. y Dolan, Y. (2007). *More Than Miracles: The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy [Más que milagros: el estado del arte de la terapia breve centrada en soluciones]* (1ª ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203836484>
- Durrant, M. (1989). Temper taming: An approach to children's temper problems [Domesticación del temperamento: un enfoque para los problemas de temperamento en los niños]. *Dulwich Center Newsletter*, 3, 3-11
- Ecker, B. y Hulley, L. (1996). *Depth-oriented brief therapy [Terapia breve orientada a la profundidad]*. Jossey-Bass.
- Fajardo, L. A. (2005). Aproximación a los fundamentos neurológicos de la metáfora. *Forma y Función*, 18, 102-114.
- Feixas, G. (2001). *Psicología de los constructos personales*. Paidós.
- Ferrel, F. J. y Roque, B. (2021). Prácticas de externalización en terapia de pareja. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 43, 49-64.
- Fox, R. (1989). What is meta for? [¿Para qué sirve la meta-fora?]. *Clinical Social Work Journal*, 17, 233-244. <https://doi.org/10.1007/BF00755347>
- Gergen, K. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la experiencia humana* (pp.139-182). Gedisa.
- Gergen, K. (2015). *An invitation to social construction [Una invitación a la construcción social]* (3ª ed.). Sage. <https://www.doi.org/10.4135/9781473921276>
- Gil Lujan, K., Montoya Velilla, L., Ocampo Mejía, L. N., Orozco Orozco, L. M. y Pineda González, P. A. (2016). La metáfora en terapia familiar: autores de referencia, uso y aportes a la práctica terapéutica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 49, 146-163.
- González-Encinas, J., Saúl, L. A. y García-Martínez, J. (2019). Revisión de la autocaracterización: una técnica narrativa constructivista. *Acción Psicológica*, 16(1), 105–128. <https://doi.org/10.5944/ap.16.1.22192>
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Amorrotu
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs. Volume one: Theory and personality [La psicología de los constructos personales. Volumen uno: Teoría y personalidad]*. Routledge. (Trabajo original publicado en 1955)
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity: An introduction to Non Aristotelian systems and General Semantics [Ciencia y cordura: una introducción a los sistemas no aristotélicos y la semántica general]*. General Semantics.
- Loja, A. (2007). *La Metáfora como recurso terapéutico en la terapia familiar sistémica* (Trabajo fin de grado, Universidad del Azuay, Ecuador).
- Lyddon, W. J., Clay, A. L. y Sparks, C. L. (2001). Metaphor and change in counselling [Metáfora y cambio en el counselling]. *Journal of Counseling and Development*, 79(3), 269-274. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01971.x>
- Mahoney, M. J. (2005). *Psicoterapia constructivista*. Paidós.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 5-50. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.638>
- Navarro Góngora, J. (1998). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Paidós.
- Neimeyer, G. J. (1996). *Evaluación constructivista*. Paidós.
- Neimeyer, R. A. (1996). Enfoques constructivos de la medida del significado. En G. J. Neimeyer (Comp.), *Evaluación constructivista* (pp. 63-103). Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (2001). Un modelo para el entrenamiento de habilidades terapéuticas en los enfoques narrativos de la terapia familiar sistémica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 46, 137-150.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones* (M. Beyebach y M. L. García, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1989)

- Otto, M. W. (2000). Stories and metaphors in cognitive-behavior therapy [Historias y metáforas en terapia cognitiva-conductual]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(2), 166-172. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80027-9](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80027-9)
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Paidós.
- Ramsay, J. R. (1998). Postmodern cognitive therapy: cognitions, narratives and personal meaning-making [Terapia cognitiva posmoderna: cogniciones, narrativas y creación de significado personal]. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12(1), 39-55. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.12.1.39>
- Rodríguez-Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. Garcia (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241-290). Promolibro.
- Rodríguez-Morejón, A. y Beyebach, M. (1997). Reflexiones sobre el trabajo con soluciones en terapia familiar sistémica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 34, 39-56.
- Selvini, M., Boscolo, L. Cecchin, G. y Prata, G. (1991). *Paradoja y contraparadoja*. Paidós.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask, circular, strategic or reflexive questions? [Entrevista interventiva: Parte III. ¿Tiene la intención de hacer preguntas circulares, estratégicas o reflexivas?]. *Family Process*, 27(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00001.x>
- Villegas, M. (1995). La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 6(22-23), 5-19. <https://doi.org/10.33898/rdp.v6i22-23.1080>
- Villegas, M. (2018). Diálogos existenciales en psicoterapia. La voz de los pacientes. *Revista De Psicoterapia*, 29(109), 89-121. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i109.232>
- Valenzuela, P. (26 de diciembre de 2005). *La comunicación paradójica*. Logos Psykhê. <http://logos.psykhe.org/2005/>
- Wahlström, J. (1990). Conversations on contexts and meanings: on understanding therapeutic change from a contextual viewpoint [Conversaciones sobre contextos y significados: sobre la comprensión del cambio terapéutico desde un punto de vista contextual]. *Contemporary Family Therapy*, 12(5), 455-466. <https://doi.org/10.1007/BF00891713>
- Wahlström, J. (1997). Developments in Family Therapy – form systems to discourse [Desarrollos en la terapia familiar: formar sistemas para el discurso]. En P. J. Hawkins y J. Nestoros (Eds.), *Psychotherapy. New perspectives on theory, practice and research* (pp. 425-455). Ellinika Grammata.
- Weiner-Davis, M., De Shazer, S. y Gingerich, W. J. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution [Aprovechar el cambio previo al tratamiento para construir la solución terapéutica]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13(4), 359-363. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1987.tb00717.x>
- White, M. (1989). The externalising of the problem and the Re-authoring of lives and relationships [La externalización del problema y la reautoría de vidas y relaciones]. *Dulwich Centre Newsletter. Summer*.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1990)