

Entrevistas con Intervenciones: Parte III. ¿Se intenta formular preguntas lineales, circulares, estratégicas o reflexivas?

KARL TOMM, M.D +
Traducción de Virginia Mendoza

Es de suponer que toda pregunta planteada por un terapeuta expresa algún propósito y se origina de cierta suposición. Muchas preguntas tienen la intención de orientar al terapeuta hacia la situación y experiencias del paciente, otras se plantean principalmente con el objeto de provocar un cambio terapéutico. Algunas de ellas están basadas en suposiciones lineales sobre los fenómenos que se tratan, otros se basan en suposiciones circulares. Las diferencias entre estas preguntas no son triviales. Tienden a tener efectos diferentes: En este artículo se exploran estas preguntas y se ofrece un marco para distinguirlas en cuatro grupos principales. El marco puede ser utilizado por los terapeutas como una guía para decidir sobre los tipos de preguntas que van a plantear, y por los investigadores que estudian los distintos estilos de entrevistas.

Fam. Proc. 27: 1-15, 1988

DESDE LA PERSPECTIVA de un observador, las psicoterapias, en esencia, son conversaciones; sin embargo no son conversaciones ordinarias. Las conversaciones terapéuticas se organizan con el deseo de calmar el dolor mental y el sufrimiento y producir alivio. Estas conversaciones tienen lugar entre los terapeutas y sus pacientes dentro de un contexto de convenio consensual en que el terapeuta contribuirá intencionalmente hacia un cambio constructivo en las experiencias problemáticas y los comportamientos de los pacientes, mientras que otras conversaciones que pueden tener efectos terapéuticos; por ejemplo, las discusiones personales entre miembros de la familia, amistades, compañeros de trabajo, conocidos, y aún con extraños, no serían consideradas como "terapia" a no ser que existiese algún convenio en el cual alguno de los participantes hubiera aceptado la responsabilidad de dirigir la conversación para que al otro participante le resultara terapéutica.

**Nuestro reconocimiento por el apoyo prestado por Alberta Mental Health Services para el Programa de Terapia Familiar donde se desarrollaron estas ideas.*

**Programa de Terapia Familiar, Dept. de Psiquiatría, Universidad de Calgary, 3330 Hospital Drive, N. W. Calgary, Alberta, Canada T2N 4N1.*

De esta manera, un terapeuta siempre asume un papel especial en una conversación para curar, papel que conlleva un compromiso de ser útil respecto a los problemas personales y las dificultades interpersonales del otro.

La posición del terapeuta en una conversación terapéutica no sólo implica responsabilidades especiales, sino que también confiere particulares privilegios. Como ejemplo de lo último se puede citar que un terapeuta está en posición de preguntar con razón sobre las experiencias privadas y personales de los pacientes. El realizarlo puede exponer con frecuencia la vulnerabilidad de los pacientes y, en consecuencia, junto con la posibilidad de curar, surge la posibilidad de crear más traumas. La diferencia radica en la manera como las preguntas se realizan. Algunos patrones de conversación son mucho más propicios a ser terapéuticos que otros y uno de los factores que contribuyen a tales variaciones es la naturaleza de las preguntas planteadas.

Durante una conversación con fines curativos, el terapeuta por lo general contribuye tanto con afirmaciones como con preguntas, aunque se trate de dos tipos de expresiones diferentes. Por lo general, las afirmaciones establecen temas, posiciones, u opiniones. En otras palabras, las preguntas tienden a requerir respuestas y las afirmaciones tienden a proporcionarlas. Al mismo tiempo, sin embargo, estas características no son exclusivas; existe una considerable coincidencia entre las preguntas y las afirmaciones. Por ejemplo, las preguntas pueden ser planteadas en forma de afirmaciones: "Debes haber tenido algún motivo para venir a verme", "la mayoría de la gente viene por algo que les molesta profundamente". Alternativamente, las afirmaciones pueden ser expresadas en forma de preguntas: "¿No es interesante que hayas llegado tarde de nuevo?"; "¿Porqué no saliste antes cuando sabías que el tránsito estaría tan pesado?". A pesar de este traslapamiento, sería razonable esperar que la forma lingüística dominante de las contribuciones de un terapeuta tenga un efecto importante en la naturaleza y rumbo de la conversación.

1 Uno podría alegar que todas las afirmaciones plantean ciertas preguntas y cada pregunta implica ciertas afirmaciones. Esta "realidad" puede ser válida desde la perspectiva de un observador que realiza un análisis profundo de transacciones verbales pero en general no es experimentada por aquellos que participan de manera activa en la conversación. Sin embargo, las complejidades de lo que se está sugiriendo o implicando (en lo dicho o preguntado por un terapeuta) pueden surgir del paciente por una reflexión deliberada.

Aparentemente existen algunos beneficios en el hecho de que un terapeuta formule preguntas, en especial en la etapa inicial y media de una entrevista. Por ejemplo, al hacerlo tiende a asegurar que la conversación se centre en torno al paciente. Las percepciones, experiencias, reacciones, intereses, metas, planes, etc. del paciente son provocadas en forma repetitiva y ocupan el lugar principal. Si el terapeuta responde a las preguntas del paciente con más preguntas, las experiencias y creencias del terapeuta proporcionan un sostén al desarrollo de la conversación. Así, cuando el equilibrio está a favor de las preguntas frente a las afirmaciones, naturalmente el trabajo de la sesión se centra en el paciente, no en el terapeuta. Otra ventaja es que las preguntas constituyen una invitación más enérgica para que los pacientes se comprometan en la conversación y hagan afirmaciones. La forma gramatical de una oración que plantea una pregunta provoca la expectación social de una contestación. La cadencia, el tono y la pausa subsiguiente en las palabras del terapeuta se agregan a la expectativa de una respuesta. De esta manera, a través de preguntas, los pacientes se involucran activamente en el diálogo con el terapeuta. En realidad, aún los pacientes retraídos o enmudecidos encuentran difícil refugiarse en un proceso de conversación silenciosa cuando las preguntas van dirigidas a ellos. Otra ventaja de que los terapeutas principalmente planteen preguntas absteniéndose de hacer afirmaciones, es que los pacientes son estimulados a pensar por sí mismos acerca de sus problemas. En lugar de inducir una dependencia en "los conocimientos especializados" del terapeuta, esto promueve la autonomía del paciente y, cuando el cambio terapéutico se está llevando a cabo, a los miembros de la familia les permite un mayor sentido de logro personal.

Sin embargo, existen condiciones limitantes para lograr la predominancia de preguntas frente sobre afirmaciones. De hecho el terapeuta puede esconderse detrás de las eternas preguntas y no entrar en la relación como una persona real. Esto podría constituir una considerable desventaja limitando el desarrollo de una alianza terapéutica. En general, los pacientes necesitan experimentar que el terapeuta es una persona coherente e íntegra para que puedan confiar plenamente en él. Con ese propósito, el terapeuta sí tiene que hacer afirmaciones ocasionalmente y tomar una posición ante ciertos temas (aún cuando la posición tomada sea deliberadamente no tomar una posición, por ejemplo si una pareja debe separarse o no. Además, la expectativa social de respuestas puede experimentarse como una demanda y llegar a ser una imposición. Ciertas preguntas pueden ser impertinentes o amenazantes. Se puede experimentar una larga serie de preguntas como una inquisición o como un castigo. Estas posibilidades destacan la necesidad de que los terapeutas estén monitoreando la conversación en forma continua y cambien a hacer afirmaciones cuando sus preguntas se vuelvan contraterapéuticas. Por otro lado, algunas de estas dificultades pueden ser sorteadas cambiando el tipo de preguntas que se planteen.

El equilibrio entre preguntas y afirmaciones, como expresiones del terapeuta, suele variar con las diferentes escuelas de terapia. Por ejemplo, el enfoque sistémico de Milán depende en gran medida en hacer preguntas mientras

que los enfoques estructurales y estratégicos dependen en hacer afirmaciones al mismo tiempo. Entre las variables que influyen en el equilibrio entre preguntas y afirmaciones en una sesión particular están la orientación teórica y el estilo personal del terapeuta, los tipos de problemas, las creencias, las expectativas y los estilos de interacción que presentan los pacientes, y el patrón idiosincrásico de interacción que evoluciona entre ellos. De acuerdo con mis conocimientos, los efectos de este equilibrio aún no han sido explorados en forma sistemática en la investigación de terapias familiares y maritales, como tampoco se ha examinado el efecto de alterar deliberadamente la proporción entre preguntas y afirmaciones durante el curso de la entrevista.

Aún cuando este artículo se enfoca predominantemente en las preguntas y en las diferencias entre ellas, no tiene la intención de implicar que un terapeuta sólo debe plantear preguntas. Cuando los pacientes simplemente no conocen la información básica o no poseen los conocimientos para contestar coherentemente, se considera apropiado que los terapeutas les proporcionen las respuestas. Además, las afirmaciones provisionales "si entonces" que clarifican el proceso mental pueden contribuir enormemente al conocimiento y a la interpretación de hechos relevantes de una familia. Por ejemplo, si los padres exigen a los hijos que sean reveladores, en ocasiones les enseñan a mentir. El niño puede aprender a inventar cualquier tipo de contestación que pudiera satisfacer las demandas de los padres, como respuesta inmediata. Además, las afirmaciones irónicas e improbables de un terapeuta, algunas veces son el medio más efectivo para despertar preguntas en las mentes de los pacientes y mejorar su capacidad para realizar por sí mismos descubrimientos pertinentes.

INTENCIONES Y SUPOSICIONES DEL TERAPEUTA

Se supone que cada pregunta sugiere una intención y, ya sea de manera consciente o inconscientemente, el terapeuta tiene algún propósito al plantearla. Esta intención o propósito emerge de la postura conceptual de estrategias (ver 4) que guía la toma de decisiones del terapeuta a cada momento durante la conversación. La intención más común detrás de las preguntas que plantea el terapeuta es averiguar algo sobre los pacientes o sobre su situación. Con el uso de preguntas, el terapeuta invita a los pacientes a compartir sus problemas, experiencias, historias, esperanzas, expectativas, etc. El propósito inmediato al preguntar es desarrollar la interpretación del terapeuta. Las preguntas están diseñadas para desencadenar las respuestas de los pacientes lo cual situará al terapeuta en una posición para poder conectarse lingüísticamente con ellos para formular diferencias relevantes sobre sus experiencias, y generar clínicamente explicaciones útiles sobre sus problemas. Se escogen las preguntas para apoyar la actividad del terapeuta en las posturas conceptuales de circularidad e hipótesis (ver 4). Se espera que los miembros de la familia respondan de acuerdo con la comprensión que tengan. En general, no se espera que cambien como resultado de estas preguntas. En otras palabras, durante dicho interrogatorio, el lugar principal de cambio, es el terapeuta, no el paciente ni la familia. La meta en esos momentos de la entrevista es que el terapeuta se oriente hacia la situación

problemática y las experiencias idiosincrásicas del paciente y los miembros de la familia. A medida en que el terapeuta va construyendo las impresiones e imágenes a partir de las respuestas verbales y no-verbales de la familia, se formulan más preguntas con el fin de completar los espacios en blanco, aclarar ambigüedades, y resolver las inconsistencias que surgen en la mente del terapeuta. Por consiguiente, en los primeros momentos de la entrevista el terapeuta plantea preguntas de orientación.²

Sin embargo, en el curso de evaluación de la situación de los pacientes, con frecuencia se presentan ocasiones en que las intervenciones terapéuticas parecen particularmente oportunas. El terapeuta reconoce "un buen momento" o "una apertura" en la conversación para influir en la percepción o creencias de la familia. En otras palabras, la situación es propicia para que el terapeuta actúe lo cual podría permitir que los miembros de la familia cambien sus opiniones, y en consecuencia su comportamiento. El terapeuta podría modificar el patrón de formular preguntas y empezar a hacer algunas afirmaciones. Sin embargo, si el terapeuta decide continuar la indagación, el paciente puede beneficiarse presentando intervenciones terapéuticas en forma de preguntas. En realidad, por diversos motivos el terapeuta puede preferir hacer uso de las preguntas de influencia al paciente en vez de recurrir a las afirmaciones. Después el terapeuta formula preguntas de influencia las cuales consisten en preguntas que tienden a desencadenar el cambio terapéutico. En este caso, en primer lugar del cambio está puesto en el paciente o la familia, no en el terapeuta. Esto no significa que el terapeuta no esté abierto a cambios en su interpretación como resultado de las respuestas del paciente. Al contrario, el terapeuta siempre permanece abierto al cambio después de cada pregunta de influencia, de lo contrario, la pregunta es simplemente retórica. Sin embargo, el cambio en el terapeuta es secundario a su propósito predominante de formular una pregunta en particular.

Por lo tanto, una dimensión básica para diferenciar las preguntas es el continuo respecto al lugar de cambio intencionado que subyace a la pregunta. En un extremo del continuo está la intención predominantemente de orientación, para que el cambio se dé en sí mismo, y al otro extremo está una intención predominantemente de influencia para que el cambio se dé en los otros. Las preguntas de orientación están diseñadas para invitar una respuesta que altere las percepciones e interpretación del terapeuta, en tanto que las preguntas de influencia están diseñadas para desencadenar una respuesta que podría alterar las percepciones e interpretación de la familia. Se entiende que cualquier pregunta en particular implica intenciones mezcladas y que aparecen en cualquier momento del continuo. Esta diferencia entre las preguntas de orientación y las de influencia constituye una invitación al terapeuta para que sea más consciente de sus intenciones al momento de planear su estrategia de preguntas.

2 En publicación anterior (3) hice referencia a estas preguntas como "descriptivas" dado que invitan a los pacientes a describir su situación y experiencias y, así, pueden ser engañosos. En esta ocasión las prefiero "de orientación" porque es más preciso y coherente con una explicación cibernética de segundo orden de lo que sucede durante una entrevista. Las respuestas de la familia simplemente orientan al terapeuta en sus acciones subsecuentes, las respuestas de la familia simplemente orientan al terapeuta en sus acciones subsecuentes, las respuestas no son tomadas necesariamente como afirmaciones sobre una "realidad" objetiva.

Una segunda dimensión importante para diferenciar las preguntas está relacionada con la variación de suposiciones sobre la naturaleza de los fenómenos mentales y el proceso terapéutico. Parece razonable suponer que en la mente del terapeuta existen una red de suposiciones y presuposiciones en cuanto a los temas que se presentan como una base o un análisis razonado para las preguntas. En su mayoría, estas suposiciones o presuposiciones subyacentes tienden a permanecer inconscientes durante la conducción de una entrevista. Sin embargo, pueden ser conducidas a la conciencia y ser modificadas deliberadamente hacia una dirección u otra. En otras palabras, estas suposiciones también pueden ser concebidas como un continuo. En un extremo este continuo podría estar las suposiciones fundamentalmente lineales o de causa-y-efecto, y en el otro las suposiciones predominantemente circulares o cibernéticas.

La distinción entre "lineal" y "circular" fue importada a la terapia familiar de los primeros trabajos de Bateson que exploraban la naturaleza de la mente (1, 2). A partir de entonces, una rica red de ideas, conceptos y asociaciones ha evolucionado en torno a esa distinción. En la actualidad, estas ideas han impregnado la literatura de terapia familiar. Las suposiciones lineales tienden a asociarse con el reduccionismo, los principios de inactividad, determinismo causal, con actitudes enjuiciadoras y con enfoques estratégicos. Las suposiciones circulares tienden a asociarse con el holismo, los principios de interacción, el determinismo estructural, las actitudes neutrales y los enfoques sistémicos. Estas asociaciones no necesariamente implican la identidad o isomorfismo dentro de cada grupo de conceptos. Tampoco implican que las suposiciones lineales y circulares sean mutuamente excluyentes. Dado que se puede referir a la distinción entre o lineal y circular como complementaria, y no sólo como sea/o, estas suposiciones y sus asociaciones pueden coincidir y enriquecerse entre sí. La mayor parte de los terapeutas han internalizado estos conceptos a niveles variados y es probable que operen con ambos juegos de ideas, pero de modos diferentes, con consistencia diferente y en ocasiones diferentes. Aun cuando estas suposiciones y presuposiciones tienden a ejercer sus efectos de manera velada e inconsciente, aún tienen un efecto importante en la naturaleza de las preguntas planteadas. Por lo tanto, esta segunda dimensión agrega una considerable profundidad a la comprensión de las diferencias entre las preguntas planteadas.

Una intersección de estas dos dimensiones básicas (la intencionalidad del terapeuta y sus suposiciones) proporcionan cuatro cuadrantes, los cuales pueden utilizarse para distinguir cuatro tipos básicos de preguntas. Esto se indica en el marco de la Figura 1. El eje horizontal representa el grado en que la intencionalidad del terapeuta se orienta hacia el campo del self, o hacia el cambio de o demás. El eje vertical representa el grado de linealidad o circularidad en las suposiciones del terapeuta sobre el proceso mental relevante. Si el terapeuta presume que los acontecimientos que se exploran ocurren predominantemente de manera lineal o de causa-y-efecto, las preguntas de orientación lo reflejarán y entonces podrán ser consideradas como "preguntas lineales". Si el terapeuta supone que los hechos que se exploran son circulares, recurrentes o cibernéticos, las preguntas de orientación se etiquetan como "preguntas circulares". Si el

terapeuta supone que es posible influenciar a otros directamente a través de información o interacción instructiva, entonces las preguntas de influencia pueden ser referidas como "preguntas estratégicas". Si el terapeuta supone que la influencia sólo ocurre en forma indirecta al perturbar los procesos circulares preexistentes en o entre los miembros de la familia, las preguntas de influencia se consideran "preguntas reflexivas".



Fig. 1. Marco para distinguir los 4 grupos de preguntas principales.

Dado que las preguntas específicas pueden reflejar grados de diferencia, de linealidad y circularidad, así como de intencionalidad variante, podrían ser planeadas en cualquier lugar del diagrama. Sin embargo, ciertos tipos de preguntas tenderán a entrar en un cuadrante en particular. Por ejemplo, los tipos comunes de preguntas para definir problemas y preguntas para explicarlos tienden a reflejar un interrogatorio lineal. Las preguntas de diferencias y una serie de preguntas sobre efectos de comportamiento sugieren la exploración de un proceso circular. Las preguntas principales y las de confrontación tienden a ser regulatorias y estratégicas. Las preguntas con orientación al futuro y sobre la perspectiva del observador tienden a ser reflexivas. Se puede esperar que los diferentes tipos y secuencias de preguntas muestren efectos muy diferentes en la conversación terapéutica. Por ejemplo, la manera como el paciente refiere un hecho histórico específico está influenciada por las palabras y tono de la pregunta del terapeuta. Una pregunta lineal invita a una descripción lineal, mientras que una pregunta circular invita a una descripción circular. Antes de examinar más ampliamente sus diferentes efectos, se proporcionará otro esquema de estos grupos de preguntas con unos cuantos ejemplos de cada uno de ellos.

CUATRO TIPOS PRINCIPALES DE PREGUNTAS

Preguntas lineales.

Las preguntas lineales se plantean para orientar al terapeuta hacia la situación del paciente y están basadas en suposiciones lineales sobre la naturaleza de los fenómenos mentales. La intención detrás de estas preguntas es predominantemente de investigación. El terapeuta se comporta en buena parte como investigador o detective tratando de descubrir un misterio complejo. Estas preguntas básicas son: ¿Quién hizo qué?, ¿dónde?, ¿cuando?, y ¿Por qué? La mayor parte de las entrevistas se inician con un mínimo de preguntas lineales. Con frecuencia esto es necesario para "unirse" a los miembros de la familia a través de opiniones típicamente lineales sobre su situación problemática. Con este modelo de indagación, el terapeuta tiende a adoptar una posición reduccionista tratando de determinar la causa específica del problema. Se hacen esfuerzos para apartar ras a fin de que el origen del problema llegue a ser claramente delineado.

Por ejemplo, un terapeuta puede empezar una sesión con una secuencia de preguntas lineales de orientación, como las siguientes: "¿Cuáles son los problemas por los que vienes a verme hoy?" (Principalmente depresión): "¿Quién se deprime?" (Mi esposo), "¿Cuál es la causa de tu depresión? (no se); "¿Tienes problemas para dormir?" (No); "¿Has perdido o ganado peso?" (No); "¿Tienes otros síntomas?" (No); "¿Alguna enfermedad últimamente?" (No); "¿Tienes muchos pensamientos morbosos?" (No); "¿Te sientes mal por algo sobre ti?" (No); Debe haber algo que te molesta. ¿Qué podría ser? (realmente no lo se); ¿Porqué crees que tu esposo se deprime? (Tampoco lo se, no esta motivado, siempre está acostado); ¿Cuánto tiempo hace que ha estado tan deprimido?: (Tres meses durante los cuales casi no ha estado fuera de la cama); "¿Pasó algo que haya provocado todo?" (No puedo recordar nada en particular); "¿Alguien trata de que se levante?" (No realmente); "¿Porqué no?" (Bueno, yo me canso de hacerlo después de un rato); "¿Te sientes muy frustrada?" (Mucho); "¿Cuánto tiempo hace que te sientes frustrada por él?"; y así se continúa.

La postura conceptual al elaborar hipótesis lineales (ver 4) contribuye a definir los contenidos y el foco del sujeto para generar estas preguntas lineales. En esta postura se incluye el hábito de pensar en términos latentes, o sea en mantener la suposición de que ciertas características como la depresión son intrínsecas a la persona, y no a las distinciones hecha sobre la persona. En consecuencia las preguntas lineales sobre los problemas tienden a expresar una actitud de juicio, o sea, que algo en el individuo está mal y debería ser de otra manera. Con frecuencia esto evoca vergüenza, culpa y una actitud defensiva en el paciente o en la familia. Ya que a la gente en general no le gusta sentirse culpable, estas preguntas pueden ser un estímulo para que los miembros de la familia se critiquen entre sí mientras van dando sus respuestas.

Preguntas Circulares

Las preguntas circulares se plantean para orientar al terapeuta hacia la situación del paciente, pero se basan en suposiciones circulares sobre la naturaleza de los fenómenos mentales. La intención detrás de estas preguntas es predominantemente exploratoria. El terapeuta se comporta mucho como un explorador, investigador o científico en busca de un nuevo descubrimiento. Las presuposiciones que guían son interaccionales y sistemáticas. Se supone que todo está vinculado de alguna manera con todo lo demás. Se plantean preguntas para producir los "patrones que vinculan" personas, objetos, acciones, percepciones, ideas, sentimientos, hechos, creencias, contextos, etc. en circuitos recurrentes o cibernéticos.

De esta manera, un terapeuta más sistemático puede iniciar la entrevista de modo diferente: "¿Porqué hoy nos encontramos todos reunidos?" (Llamé porque me preocupa la depresión de mi marido); "¿Quién o quiénes son los más preocupados?" (Los hijos); "¿Según usted quién es el más preocupado?" (Ella); "¿Quién se imagina que se preocupa menos?" (Creo que yo); "¿Qué hace ella cuando se preocupa?" (Se queja mucho, principalmente por el dinero y las deudas); "¿Qué hace cuando ve que ella se está preocupando?" (No la molesto, me quedo callado); "¿Según su esposa quién se preocupa más?" (Los hijos, hablan mucho sobre eso); "¿Y los hijos están de acuerdo?" (Sí); "¿Qué hace tu papá en general cuando tu y tu madre platican?" (Generalmente se va a la cama); "Y cuando tu padre se va a la cama, ¿qué hace tu madre?" (Sólo se preocupa más); etc. etc. Estas preguntas pretenden revelar los patrones circulares recurrentes para conectar las percepciones y los eventos. Tienden a ser más neutrales y se aceptan. Las respuestas que se obtienen de los miembros de la familia son menos susceptibles de ser juzgadas. Las preguntas circulares tienden caracterizarse por una curiosidad general sobre la posible conexión de eventos que incluyen el problema, más que una necesidad específica para conocer los orígenes precisos del problema. Si el terapeuta ha establecido una orientación cibernética Batesoniana hacia un proceso mental, y ha desarrollado habilidades para mantener una postura conceptual de hipótesis circular, estas preguntas se presentarán fácil y libremente. Dos tipos generales de preguntas circulares, o sea "preguntas de diferencias" y "preguntas contextuales", han sido asociados con los patrones de simetría y complementaridad de Bateson. En un trabajo anterior (3) se describieron diversos subtipos, incluyendo preguntas de diferencia de categorías, preguntas de diferencia temporal, preguntas de contexto por categorías, y preguntas de efectos de comportamiento.

Preguntas Estratégicas

Estas preguntas se plantean con el fin de influenciar al paciente o a la familia de manera específica, y se basan en suposiciones lineales sobre la naturaleza del proceso terapéutico. La intención detrás de estas preguntas es principalmente correctiva. Se supone que la interacción instructiva es posible. El terapeuta se comporta como profesor, instructor, o juez, informando a los

miembros de la familia dónde tuvieron sus errores y cómo deberían comportarse (aunque indirectamente en forma de preguntas). Basándose en la hipótesis formulada sobre la dinámica de la familia, el terapeuta llega a la conclusión de que algo está "mal" y por medio de preguntas estratégicas trata de lograr que la familia cambie, es decir, que piense o se comporte de la manera que el terapeuta opina es la más "correcta". Las indicaciones del terapeuta pueden ser furtivas ya que la afirmación correctora está empacada en forma de pregunta, pero aún así es expresada a través del contenido, del contexto, de la coordinación y del tono. Algunas familias se ofenden por este modelo de interrogatorio, pero otras lo encuentran muy compatible con sus patrones normales de interacción. Ejemplificar las preguntas de influencia es más difícil ya que es necesaria una hipótesis sobre algunos de los mecanismos involucrados en la situación problemática para formular la pregunta. Pero continuando con la familia hipotética de más arriba, el terapeuta podría tratar de influenciar a la pareja preguntando: "¿Por qué no le habla a él sobre sus preocupaciones en lugar de hacerlo con los hijos?" (Nada más no escucha y se queda en la cama); "¿No le gustaría dejar de preocuparse en lugar de inquietarse tanto por ellos?" (Claro, pero qué hago sobre él?); "¿Qué pasaría si la próxima semana todos los días a las 8 a.m. usted sugiriera que se hiciera responsable de algo?" (No vale la pena); "¿Por qué usted no trata de que se levante?" (Estoy cansada y decepcionada. No se moverá y me siento más frustrada); "¿Ve cómo su retraimiento causa que su esposa esté decepcionada y frustrada?" (¿Qué quiere decir?); "¿No ve que por sólo irse a la cama en lugar de hablar sobre lo que le molesta está trastornando a su familia? (Bueno yo): "¿Es este hábito de dar excusas algo nuevo?" (No sabía que tenía uno); "¿Cuándo se va a hacer cargo de su vida y empezar a buscar un trabajo?"; etc. etc.

Aparentemente según estos ejemplos, al efectuar preguntas estratégicas, el terapeuta impone su opinión de "lo que debe ser" para el paciente o la familia. Algunas veces se necesita una directriz o confrontación del terapeuta para movilizar un sistema atorado, pero demasiadas directrices en este modelo de interrogatorio podrían arriesgar una ruptura en la alianza terapéutica.

Preguntas Reflexivas

Con estas preguntas intentar influenciar al paciente o a la familia de indirecta o general, y se basan en suposiciones circulares sobre la naturaleza del proceso que tiene lugar en el sistema terapéutico. La intención detrás de estas preguntas es predominantemente para dar facilidad. Se supone que los miembros de la familia son individuos autónomos a quienes no se les puede dar instrucciones directamente. Por lo tanto, el terapeuta se comporta más como un guía o un entrenador animando a los miembros de la familia a movilizar sus propios recursos para resolver problemas. Una de las presuposiciones principales detrás de estas preguntas es que el sistema terapéutico es co-evolucionario y lo que el terapeuta hace es desencadenar la actividad reflexiva en los sistemas de creencias que preexisten en la familia. El terapeuta se esfuerza por interactuar de una manera que abra espacio para que la familia vea nuevas posibilidades y evolucione más libremente de modo propio.

En la Parte II (5) de esta serie de artículos se han proporcionado numerosos ejemplos de preguntas reflexivas. Sin embargo, para facilitar una indicación de lo que podrían ser en este escenario, el terapeuta podría preguntar: "Si compartiera con él cuán preocupada estaba y lo que estaba afectándola, ¿qué se imagina que él hubiera pensado o hecho?" (No estoy segura); "Imaginemos que había algo por lo cual él estaba resentido pero no quería decírselo por temor a lastimar sus sentimientos, ¿cómo lo convencería de que es lo suficientemente fuerte para oírlo? (Bueno, supongo que tendría que decírselo)."Si existiera algo sin aclarar entre ustedes dos, ¿a quién le sería más fácil disculparse?" (Ella nunca lo haría!); "¿Le sorprendería que lo hiciera?" (Naturalmente!); "Suponga que era imposible para ella en ese momento reconocer o admitir sus errores, ¿cuánto tiempo cree usted que le tomaría antes que pudiera perdonarla por no poder hacerlo?" (Hummm...); "Si esta depresión desapareciera repentinamente, ¿cómo afectaría sus vidas?"; etc. etc.

Estas preguntas son reflexivas porque están formuladas para accionar a los miembros de la familia a reflexionar sobre las implicaciones de sus percepciones y acciones actuales para considerar nuevas opciones. Aun cuando la indagación reflexiva también tiene la intención de influenciar a la familia en dirección terapéutica, se mantiene más neutral al interrogar que la indagación estratégica porque respeta más la autonomía de la familia. Las habilidades bien desarrolladas para sostener la postura conceptual de neutralidad contribuyen a que una pregunta de influencia resulte más reflexiva que estratégica.

Lo que no se incluye en todos estos ejemplos es el tono emocional utilizado al plantear las preguntas. Las diferencias entre estos grupos sería aún más evidente si estuvieran presentes la cadencia vocal, el tono y el comportamiento no verbal del terapeuta. Lo que es enfático aquí es que la diferenciación de estas preguntas no depende de su estructura sin táctica o su contenido semántico. Depende de las intenciones y suposiciones del terapeuta al preguntar. Realmente, la secuencia exacta de palabras podría constituir una pregunta lineal, circular reflexiva o estratégica. Por ejemplo, si un terapeuta preguntara a un niño "¿Qué hace tu madre cuando tu padre llega tarde a casa y la cena ya está fría?", sólo para averiguar como responde la madre cuando es provocada por el padre, se tratará de una pregunta de orientación lineal. Si se preguntara como parte de una secuencia planeada de preguntas para efecto de comportamientos (para ser proseguida por algo como "¿Y qué hace tu padre cuando tu madre le grita?" con el fin de explorar la interacción circular entre los padres, se trataría de una pregunta de orientación circular. Si plantea la pregunta original para provocar que los padres sean observadores de su propio comportamiento y para movilizar su conocimiento y modificar su propio comportamiento, sería una pregunta reflexiva. Si se preguntara porque el terapeuta anticipara lo que el niño diría probablemente, y quisiera esta información se publicara al momento de confrontar ya sea a la madre o al padre sobre sus comportamientos intolerantes o desconsiderados, sería una pregunta estratégica. Así, precisamente las mismas palabras pueden significar y hacer cosas muy diferentes en el curso de una sola entrevista. Por lo general, es la postura emocional del terapeuta al preguntar lo que hace la

diferencia en lo que el paciente escucha en la pregunta. Estas emociones están asociadas a la vez con las intenciones y suposiciones del terapeuta.

LOS EFECTOS DE LAS DIFERENTES PREGUNTAS

Antes de discutir sobre los diferentes efectos de estos tipos de preguntas es importante reconocer la discontinuidad entre las intenciones de un terapeuta al plantear ciertas preguntas y sus efectos reales en los pacientes. Reconocer y aceptar esta división entre el intento y el efecto reduce la frustración del terapeuta cuando la terapia no avanza, y abre espacio para que el terapeuta considere cursos de acción alternativos. Desde la perspectiva de un observador del proceso terapéutico (quien en general es el terapeuta observándose a sí mismo en el trabajo) existen dos puntos, uno de ellos menor y otro mayor, en los cuales ocurren las discontinuidades. El primer punto está entre lo que el terapeuta intenta hacer y lo que el terapeuta realmente hace. Este espacio puede disminuir firmemente conforme los terapeutas busquen una mayor integración personal y desarrollen mejores habilidades para implementar sus intenciones. El segundo es la discontinuidad entre lo que el terapeuta realmente pregunta y lo que los miembros de la familia escuchan. Aquí existe una limitación absoluta. Lo que escuchan y responden los pacientes se determina siempre por su propia autonomía biológica. Al mismo tiempo, sin embargo, las respuestas de los miembros de la familia no son arbitrarias; son accionadas por y contingentes a lo que el terapeuta dice y hace. El terapeuta puede hacer mucho por mejorar las contingencias entre el intento y el efecto, mejorando su conexión lingüística con sus pacientes a través de la postura conceptual de circularidad (4). Pero al final, las intenciones de un terapeuta al formular preguntas específicas nunca garantizan algún efecto específico en los pacientes; ni la precisión más altamente refinada en las palabras y el tono de las preguntas podrían hacerlo. Lo que realmente pasa al paciente o a la familia siempre depende de la singularidad de su propia organización y estructura en cada momento. La importancia de reconocer y aceptar esta división entre el intento y el efecto, entre la acción del terapeuta y las respuestas de los pacientes no pueden soslayarse. Los efectos reales siempre son impredecibles.

Sin embargo, un terapeuta puede calcular las probabilidades y así lo hace. Por ejemplo, es más probable que los pacientes se interesen en sus propios patrones de interacción mediante una serie de preguntas circulares más que lineales, o que se sientan culpables más por las preguntas estratégicas que por las reflexivas. Dado que el terapeuta no puede conocer el avance de los efectos reales de cualquier pregunta en particular, aún así debe decidir cuáles serían las preguntas antes de plantearlas, estas decisiones se toman con base en los efectos anticipados. El terapeuta puede visualizar los efectos probables, posibles, improbables e imposibles de las diversas preguntas. Este proceso de anticipar es un aspecto importante de la postura conceptual de estrategias. Las siguientes generalizaciones sobre los efectos más probables de diferentes preguntas pueden ser incorporadas en los hábitos inconscientes del terapeuta al elaborar sus

estrategias y puede dirigir el proceso para decidir qué preguntas se han de formular.

Preguntas Lineales

Estas preguntas tienden a causar un efecto conservador en el paciente o la familia. Considerando que los miembros de la familia por lo general piensan en sus dificultades en términos lineales antes de ir a terapia, existen pocas "novedades de diferencia" para la familia cuando el terapeuta los invita a articular sus opiniones previas (lo que pasó, quién estaba involucrado y cómo) con preguntas lineales. Los miembros de la familia contestan las preguntas pero permanecen virtualmente sin cambios.³ Sin embargo, un riesgo de las preguntas lineales es que inadvertidamente fijan a la familia aún más profundamente en las percepciones lineales al validar implícitamente las creencias preexistentes. Desafortunadamente, esto sucede con mucha más frecuencia de lo que los clínicos se dan cuenta mientras conducen las entrevistas de "evaluación" ordinarias. El entrevistador reconoce en raras ocasiones el hecho de que la intrusión de percepciones y creencias patogénicas se está realizando. Este proceso está particularmente expuesto a que ocurra en caso de que durante el curso de la indagación, el terapeuta no formule los tipos de preguntas (ni haga afirmaciones) que implícitamente (o) explícitamente desafíen las creencias previas de la familia. Otro riesgo con las preguntas lineales es que el pensamiento reduccionista involucrado tiende a activar las actitudes de juicio. Cuando el terapeuta expone "la causa" de un problema o de una situación no deseada, los juicios negativos se dirigen automáticamente hacia ella porque el problema no se desea. De esta manera, aunque las preguntas lineales son necesarias para desarrollar un enfoque claro del problema y son útiles para establecer un compromiso inicial, los terapeutas deben permanecer al acecho de los posibles peligros que presentan.

3 Obviamente si la contestación del entrevistado incluye información que a otros miembros de la familia (que están escuchando) les era desconocida, podrían ser noticias importantes con efectos significativos. Sin embargo, esto puede ocurrir con todo tipo de preguntas. Es un efecto general del método de entrevistar en forma conjunta en la terapia marital y familiar, y no es específicamente un efecto del tipo de la pregunta que se plantea

Preguntas Circulares

Sin embargo, las preguntas circulares sí pueden tener efectos de liberación en la familia. Al momento en que el terapeuta formula preguntas para identificar los patrones a fin de elaborar una interpretación circular o sistémica de la situación problemática, los miembros de la familia que escuchan las respuestas también realizan su propia conexión. Por lo anterior pueden estar conscientes de la circularidad en sus propios patrones de interacción. Con esta mejor comprensión pueden "liberarse" de las limitaciones de sus opiniones lineales anteriores y en forma subsecuente pueden enfocar sus dificultades desde una nueva perspectiva. Por ejemplo, si por una serie de preguntas de efecto de comportamiento un esposo empieza a ver que no es simplemente que los reclamos de preocupación de su esposa activen su depresión sino que también su depresión activa sus quejas, él puede liberarse para actuar en forma diferente y no sólo ponerse pesimista cuando ella se preocupa y se queja. Él tiene más espacio para reconocer que alguna iniciativa constructiva de su parte puede activar en ella una respuesta diferente. Es probable que él también acepte más y juzgue menos la "respuesta de preocupaciones" de ella a su comportamiento depresivo. El principal riesgo de las preguntas circulares es que cuando el terapeuta explora áreas de interacción más y más grandes, la indagación puede desplazarse a dominios que no parecen relevantes a las necesidades e intereses inmediatos de la familia. Otro riesgo es que los clínicos que están aprendiendo a usar las preguntas circulares pueden emplearlas en una forma más bien estilizada. Entonces las preguntas parecen repetitivas o triviales y de esta manera pueden llegar a ser irritantes para la familia. Sin embargo, en general es más común que las preguntas circulares produzcan efectos benéficos inadvertidos que las lineales.

Preguntas Estratégicas

Este tipo de preguntas tienden a tener un efecto por obligación en la familia. El terapeuta trata de influenciar al paciente (en una manera lineal) a pensar o hacer lo que el terapeuta considera más saludable o "correcto". Las preguntas tienen la intención de limitar la probabilidad de que los miembros de la familia continúen en la misma trayectoria problemática. El efecto secundario común es que los miembros de la familia se sientan culpables o apenados por haber decidido tomar la trayectoria en que se encuentran ahora. La coacción será de dos formas: no hacer algo que el terapeuta opina está "equivocado" y contribuye al problema, o hacer sólo lo que el terapeuta piensa es "correcto" y resultará útil. Ambas tienden a confinar las opciones de la familia a lo que el terapeuta piensa es mejor, sea que en efecto resulte apropiado para ellos en ese momento o no. Así, estas preguntas tienden a ser más manipuladoras y controladoras. En el extremo, pueden ser como las preguntas que un buen abogado emplearía en un interrogatorio dirigido a testigos en un tribunal. El abogado utiliza preguntas estratégicas para conducir, seducir, intimidar o coaccionar a un testigo a que diga precisamente lo que el abogado quiere que el juez y el jurado escuchen. En forma similar un terapeuta puede "forzar" a un individuo a decir cosas que el terapeuta

quiere escuchar, o desea que otros miembros de la familia escuchen aún cuando la persona en realidad no piensa ni siente de esa manera. Dada la potencial naturaleza coercitiva de las preguntas estratégicas, en caso de ser demasiadas podrían producir efectos contra terapéuticos e inadvertidos.

Por otro lado, durante el proceso terapéutico las preguntas estratégicas ocasionales pueden ser constructivas en extremo en algunas ocasiones. Estas preguntas pueden ser utilizadas vigorosamente para retar los patrones problemáticos del pensamiento y el comportamiento sin tener recurrir a afirmaciones o indicaciones directas. Si las preguntas se formulan con cuidado, con frecuencia los pacientes pueden ser confrontados con las limitaciones, coacciones, obligaciones o contradicciones en sus propios sistemas de creencia. Alternativamente, las preguntas estratégicas pueden ser empleadas algunas veces para inducir a la familia muy directamente a reconocer y aceptar una solución obvia.

Preguntas Reflexivas

Estas preguntas son más susceptibles a tener un efecto generativo sobre la familia. El intento del terapeuta de influir es moderado por respeto a la autonomía de los pacientes y, por lo mismo, el tono de estas preguntas tiende a ser mucho más suave. Los miembros de la familia experimentan una sensación de invitados a contemplar nuevas opiniones y no ser jalados o empujados hacia ellas. Las preguntas tienden a abrir espacio para los miembros de la familia para que consideren nuevas percepciones, nuevas perspectivas, nuevas direcciones y nuevas opciones. También permiten una revalidación sin coacción de las implicaciones problemáticas de las percepciones y comportamientos actuales de la familia. Como consecuencia, los miembros de la familia tienden a generar nuevas conexiones y nuevas soluciones en su propia manera y en su momento. La complicación más probable que pueden provocar las preguntas reflexivas es promover la confusión e inseguridad desorganizadora. La apertura de múltiples posibilidades nuevas, sin proporcionar una dirección adecuada puede confundir con facilidad. Sin embargo, dicha confusión no tiene que ser necesariamente problemática para el proceso terapéutico general. Dependiendo del dominio de la confusión, de hecho muy bien puede resultar terapéutica. Por ejemplo, cuando ciertos miembros de la familia "conocen la verdad" o "tienen todas las respuestas" de una manera que los mantiene atorados en patrones problemáticos y ciegos a nuevas alternativas, la confusión puede ser muy liberadora.

Finalmente, me gustaría llamar la atención sobre los posibles efectos en el terapeuta al plantear diferentes tipos de preguntas. El terapeuta también está influenciado por las preguntas. Su pensamiento está influenciado no sólo por las suposiciones y presuposiciones surgidas al formular las preguntas, sino también al atender las respuestas de los pacientes. Tal como sucede con los pacientes, las preguntas lineales también tienden a promover el pensamiento lineal del terapeuta. Por consecuencia, el terapeuta también es vuelto más propenso a juzgar. El efecto de las preguntas circulares en el terapeuta es mejorar su

neutralidad y capacidad para aceptar al paciente y a la familia como son. Esta aceptación tiene un potencial curativo en el sistema terapéutico al contrarrestar los efectos de inmovilización de la culpa, lo cual es tan ubicuo en familias sintomáticas. El efecto de las preguntas estratégicas en el terapeuta es que tienden a guiarlo hacia una postura de oposiciones con la familia. Por otro lado, las preguntas reflexivas tienden a guiar al terapeuta a ser más creativo en las preguntas planteadas. Si una pregunta "no funciona" para abrir espacio a la familia a fin de que evolucione más libremente, el terapeuta investiga otra que sea más probable para liberar la capacidad curativa natural de los pacientes.

**PREGUNTAS
LINEALES**

**INTENCIÓN
INVESTIGADORA**

(Efecto conservador en la familia)
(Efecto enjuiciador en el terapeuta)

(Efecto de aceptación en el terapeuta)
(Efecto liberador en la familia)

**INTENCIÓN
EXPLORATORIA**

**PREGUNTAS
ESTRATÉGICAS**

**INTENCIÓN
CORRECTIVA**

(Efecto de obligación en la familia)
(Efecto opusional en el terapeuta)

(Efecto creativo en el terapeuta)
(Efecto generativo en la familia)

**INTENCIÓN
FACILITADORA**

**PREGUNTAS
CIRCULARES**

**PREGUNTAS
REFLEXIVAS**

Fig. 2 Intención predominante y efectos probables de las diferentes preguntas.

La figura 2 presenta un resumen de la intención predominante y los efectos más probables asociados con cada uno de los grupos de preguntas. Se incluyen en el diagrama los efectos de las preguntas en el terapeuta y la familia. Los paréntesis intentan indicar que los efectos reales siempre son impredecibles. Dependiendo de la estructura en el momento de la familia, una pregunta estratégica podría tener un efecto generativo en lugar de uno limitante. Una pregunta lineal podría tener un efecto de liberación, y una pregunta reflexiva podría tener uno limitante, etc. etc. Todo lo que uno puede decir es que es más probable que los miembros de la familia experimenten respeto, novedad y transformación espontánea como resultado de las preguntas circulares y reflexivas, y juicios, críticas y coerción como resultado de las preguntas lineales y estratégicas. Si los miembros de la familia empiezan a sentirse juzgados o manipulados, con frecuencia la sesión se torna tensa o "congelada". Esto podría

ser la clave para que el terapeuta cambie el tipo de preguntas a aquéllas que resulten más neutrales y de aceptación (o abandonar temporalmente por completo el proceso de preguntas). Alternativamente, si los miembros de la familia han llegado a estar cómodos y complacientes en el proceso de la terapia, quizás unas cuantas preguntas estratégicas bien formuladas podrían estimularlos a considerar nuevas direcciones. Lo que aquí se propone es que el uso de estas distinciones podría permitir a los terapeutas a escoger los tipos de preguntas que sean más susceptibles para guiar la entrevista y convertirla en una conversación curativa.

CONCLUSIONES

La imposibilidad de predecir los efectos reales muestra la importancia de que el terapeuta monitoree las reacciones inmediatas de los miembros de la familia y revise las hipótesis conforme la sesión se va desarrollando. Sin embargo, los efectos reales de una pregunta, con frecuencia, no se pueden observar; las reacciones de los miembros de la familia son demasiado difíciles de "leer". En algunas ocasiones ni siquiera los efectos pueden materializarse al momento de la entrevista. Los miembros de la familia a veces cobran consciencia sólo después de la sesión, quizás al siguiente día o incluso después. Existen unas preguntas que persisten en las mentes de los pacientes durante semanas, meses y en ocasiones años, y continúan teniendo efectos. En buena medida, un terapeuta siempre tiene que "trabajar en la oscuridad" y nunca sabe el resultado final de las preguntas específicas. Esto deja aún más responsabilidad en la intencionalidad del terapeuta al tomar decisiones sobre qué preguntar. En otras palabras, los terapeutas necesitan ser responsables de las preguntas que plantean sin saber nunca cuáles serán sus efectos totales. Al mismo tiempo, sin embargo, se puede hacer mucho en el desarrollo personal para aumentar las probabilidades de que el comportamiento espontáneo de un terapeuta en una entrevista la haga más susceptible a ser terapéutica que no-terapéutica o contra terapéutica. Uno debe tener en la mente que en gran medida la pregunta "predetermina" a la respuesta en la cual se estructura el dominio de una respuesta "apropiada". Es decir, una pregunta presupone una respuesta en particular o al menos una respuesta en un terreno particular. Formular una pregunta en particular, es entonces invitar a una respuesta en particular. Los tipos de preguntas que un terapeuta elige formular dependen de los tipos de respuestas que le gustaría escuchar. Si el paciente acepta o no la invitación del terapeuta a proporcionar una contestación en el terreno "apropiado", es otro asunto, pero seleccionar la pregunta es restringir la gama de respuestas "legítimas". Esta selectividad proporciona al terapeuta una enorme cantidad de influencia para establecer y ordenar el rumbo de la conversación.

Las distinciones en este artículo reflejan los resultados de investigación cualitativa en la cual he estado comprometido durante los últimos años. Si un investigador empírico quisiera explorar más estos temas y, por ejemplo, establecer si una pregunta en particular es lineal, circular, estratégica o reflexiva, tendría el problema de identificar las intenciones y suposiciones del terapeuta al plantearla. La ruta más directa para esto sería pedir al terapeuta que trate de articular sus

pensamientos al formular las preguntas. Quizá esto podría ser logrado durante la revisión de la cinta de video inmediatamente después de la sesión. Un observador externo podría evaluar también cada pregunta en su contexto. En forma subsecuente, estos ratings podrían compararse con las descripciones de las experiencias de los pacientes que también revisaron la cinta. Otros estudios sobre el tema podría contribuir en buena proporción a una interpretación más profunda del proceso de entrevistas con intervenciones.