

INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN LAS SOLUCIONES¹

Mark Beyebach²

PROLOGO

Imagine el lector que acude, como cliente, a una primera entrevista con una profesional de salud mental. Por teléfono se ha concertado el día y la hora de la entrevista, y la profesional ha invitado a la sesión a todos aquellos miembros de la familia que Ud. considera que pueden ser de ayuda. Ahora están todos en el centro. Está nervioso, preocupado por el problema. Sus familiares también parecen preocupados.

Tras aguardar un momento en la sala de espera, les invitan a pasar a una sala funcional, pero agradable. No hay una gran mesa de despacho, sino una pequeña mesa en el centro de la habitación, y a su alrededor varias sillas. La psicólogo (o el psiquiatra, o el trabajador social) les saluda y se presenta. Tras ponerse cómodos, hay algo de charla social y parece que el ambiente se distiende y se relaja. La terapeuta se permite alguna broma mientras le dicen sus nombres, sus edades y profesiones. Tras explicarles el sentido de la entrevista y la forma de trabajo, la psicóloga hace una pequeña ronda, preguntando a todos y cada uno de los presentes en qué les gustaría recibir ayuda. Uds. le describen sucintamente qué es lo que les preocupa. La terapeuta les escucha con atención, y da la impresión de haber entendido cuál es la preocupación de cada uno, pero no pide más detalles sobre la historia del problema. Tras apenas cinco minutos de conversación, hace una pregunta curiosa:

"Verán, hemos observado con mucha frecuencia que entre el momento en que una persona o una familia contacta con nosotros para pedir una cita y el momento en que celebramos la primera entrevista ya se producen mejorías. ¿Uds. que mejorías han notado desde que llamaron para pedir esta consulta?"

Ud. no sabe muy bien que responder, porque le parece que la situación está igual de mal que en los últimos años, pero su mujer sí contesta, y describe que los tres últimos días las cosas han estado algo mejor en casa. Su hija también parece haberlo notado, aunque dice que no le ha dado mucha importancia. La terapeuta parece interesarse mucho por estos pequeños cambios. Pregunta sobre ellos a todos Uds., y Ud. mismo recuerda también que el lunes anterior las cosas fueron algo mejor. Poco tiempo después, todos Uds. están comentando las implicaciones de estos cambios, discutiendo acerca de cuál es la mejor forma de mantenerlos en marcha, investigando que es lo que cada uno de Uds. ha puesto de su parte. Incluso su hijo mayor, que parecía como ausente al principio de la sesión, está participando activamente.

El tiempo ha pasado volando y llevan ya casi media hora de conversación. Entonces la terapeuta les pide permiso para plantearles una pregunta, según ella, "un poco extraña", pero útil para terminar de hacerse una idea "de a dónde quieren ir Uds."

"Supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se terminan de resolver del todo, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les hagan darse cuenta de que esta especie de Milagro se ha producido?"

Pues sí que era una pregunta extraña. Pero no es difícil contestarla: el problema habría desaparecido del todo. ¡Ni más ni menos!. La terapeuta asiente: "¿Cómo va a notar Ud. que el problema ha desaparecido? ¿Qué van a hacer Uds. diferente?". Ud. empieza a describir esa especie de "milagro". La terapeuta sigue muy interesado por lo que le está explicando. "¿Y cómo va a reaccionar su mujer cuando Ud. le diga?". Poco a poco, van creando entre todos algo así como una pintura del futuro. Hay cosas que Ud. no se había planteado, cosas nuevas que oye decir a su familia, e incluso algunas que le sorprende a Ud. mismo oírse decir. A veces le cuesta detallar ese

¹Publicado en Navarro Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos, ed. *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú, 1999.

²Doctor en Psicología.
Coordinador del Master Universitario de Formación de Terapeutas Sistémicos.
Facultad de Psicología.
Universidad Pontificia de Salamanca.

futuro sin el problema, pero la terapeuta se muestra paciente y comprensiva, y no insiste cuando alguno se "atasca". Pasa otra media hora, y parece que la entrevista toca a su fin.

Antes de salir, la psicóloga hace un resumen de lo que le han dicho entre todos. Sí, desde luego les ha escuchado con atención. Parece que ya va a levantarse, pero luego da la impresión de que recuerda algo: "Permítanme que les haga una pregunta más...". ("Como Colombo, el detective de la tele", piensa Ud.)

"En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que los problemas que les han traído aquí están resueltos, es decir, algo así como el día después de esa especie de milagro que me han descrito tan bien... Díganme ¿dónde pondrían esta última semana, de 1 a 10?."

Bueno, a Ud. se le dan bien los números. Un cinco. Sí, un cinco. Es curioso, porque cuando llamó para pedir la consulta veía las cosas mucho más negras. Tienen mejor aspecto ahora. Su hija contesta "cinco", también. Su hijo dice que un tres, pero su mujer incluso dice que ve las cosas en un seis. La psicóloga parece querer aprovechar los últimos minutos de la entrevista: "Dígame, señora, ¿qué cosas entran en ese seis?" Y a Ud. "¿Cuál diría que es el secreto para haber pasado de 1 a 5?". Poco después, la terapeuta abandona la sala unos minutos, "para ordenar mis ideas". Y Ud. aprovecha para fumar un cigarrillo.

INTRODUCCION

Lo que hemos resumido en el prologo no es ni más ni menos que la descripción de una primera entrevista de Terapia Sistémica Breve Centrada en las Soluciones (en adelante, TCS). Una sesión realizada de acuerdo con los postulados de una de las muchas formas posibles de hacer terapia familiar. No es, seguramente, ni la más eficaz ni la mejor. Desde luego no es la única forma de trabajar con familias. Pero es una de las versiones posibles, una versión que ofrece ideas para realizar un tratamiento breve y empieza a tener el respaldo de la investigación empírica. Este trabajo pretende ser, precisamente, una introducción a esta peculiar forma de entender la terapia

La TCS es una modalidad de terapia breve desarrollada en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y su equipo (de Shazer, 1985, 1988, 1991, 1994; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Sus premisas teóricas y planteamientos técnicos están muy influidos por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, así como por el enfoque clínico desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Tal vez una primera manera de definir esta forma de trabajar es señalando lo que NO se hace, aquello que Ud., lector, tal vez haya echado en falta al leer el prólogo y ponerse en el lugar del cliente. Porque hay varias cosas que una terapeuta centrada en las soluciones habitualmente no hace, ni en la primera sesión ni en entrevistas posteriores:

-No investiga la historia del problema ni intenta hacer un diagnóstico ("neurosis obsesiva", "bulimia", "conflicto marital", "ambigüedad en los roles parentales"...). Es más, ni siquiera le interesa hablar del problema. A veces, incluso, ni siquiera llega a *saber* cuál es/era el problema.

-No asume la posición de un experto. No trata de educar a la familia o a la persona que tiene delante. No trata de corregir supuestos "defectos" ni de proponer normas de comportamiento.

-No trabaja sólo con pacientes individuales ("terapia individual"), pero tampoco insiste en tener a toda la familia en la sesión ("terapia familiar"). Convoca a todos aquellos que pueden ayudar a generar soluciones, incluyendo a miembros de la red social y profesional: maestros, vecinos, educadores especiales, médicos...

¿Cómo se puede hacer psicoterapia sin evaluar el problema, sin conocer en profundidad la historia previa o sin hacer un diagnóstico preciso? ¿Cómo es posible hacer "terapia familiar" sin convocar a la consulta a toda la familia? Estas son las preguntas a las que esta presentación pretende dar una respuesta. Dedicaremos el siguiente apartado a clarificar los presupuestos teóricos de los que parte la terapia centrada en las soluciones (en adelante, TCS). En segundo lugar, daremos una visión esquemática del proceso terapéutico. Después ofreceremos una descripción algo más detallada de algunos de los procedimientos asociados a la TCS; hablaremos aquí de técnicas como el trabajo con excepciones, el uso de escalas y la proyección al futuro. Dedicaremos un apartado al diseño de intervenciones y daremos una perspectiva global sobre el transcurso de la terapia en las sesiones que siguen a la primera entrevista. Finalmente, terminaremos con una pequeña revisión de la evolución reciente de la TCS y de las investigaciones sobre ella de las que disponemos en la actualidad.

En cualquier caso, la intención de esta contribución es solamente ofrecer una introducción a la TCS, esbozar un mapa aproximado de un territorio vasto y rico, con la esperanza de que proporcione, a quienes quieran profundizar en el tema, un instrumento rudimentario para orientarse.

PRESUPUESTOS DE LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES (Nota: estas ideas pueden ser perjudiciales para su formación).

Dedicaremos este apartado a explicitar algunas de las premisas que guían nuestro trabajo clínico. Y la primera consideración a hacer es, precisamente, ésta: que se trata solamente de premisas, de presupuestos teóricos, de creencias indemostrables que sesgan nuestra forma de abordar los problemas humanos. En otras palabras, suscribimos la idea de que los diversos modelos de psicoterapia no son más que "reductores de complejidad" (Watzlawick, 1992) o, en palabras menos técnicas, "lentes coloreadas" a través de las cuales vemos lo que nos rodea (Hoffman, 1990). Por mucho que se revistan del ropaje de la objetividad. Entendemos pues que nuestros modelos teóricos dictan qué es lo que podemos ver y qué no, es más, determinan dónde buscar y dónde no, de qué hablar y de qué no. En otros términos, consideramos que *en terapia la realidad no se descubre, sino que se crea* a partir de nuestros presupuestos teóricos y en interacción con las aportaciones de nuestros clientes (Watzlawick, 1984).

Volviendo a la situación planteada en el prólogo, si Ud., lector, no hubiera llamado a la psicólogo centrada en soluciones, sino a un colega de orientación psicoanalítica, el transcurso de la conversación hubiera sido muy distinto. Y hubiera sido diferente, también, si hubiera telefoneado y concertado una entrevista con un terapeuta cognitivo-conductual. Los temas de conversación, el modo de abordarlos... incluso quienes hubieran participado o no en la entrevista hubieran variado radicalmente, porque son aspectos que tienen mucho que ver con las premisas de los terapeutas, con el modelo de referencia que manejen.

¿Cuáles son los ingredientes que constituyen el marco de referencia de la TCS? ¿Qué elementos forman el armazón de estas "gafas" desde las que nos gusta ver el proceso terapéutico? Sin pretender establecer un orden de importancia, podríamos citar como más relevantes los siguientes:

a) Directamente relacionado con lo anterior, consideramos no sólo que las diversas terapias son construcciones, sino también que en terapia trabajamos básicamente con *construcciones* de nuestros clientes. Es decir, del mismo modo que vemos los conceptos que manejan los profesionales ("personalidad límite", "pseudomutualidad"; "simetría rígida") como meras creaciones (que valoramos en función, no de su grado de verdad, sino de su efecto pragmático y de su utilidad), nos gusta pensar que los puntos de vista que nuestros clientes mantienen en torno a su situación son también construcciones, formas de contarse cosas a sí mismos y a los demás, susceptibles de ser negociadas en la interacción social y reemplazadas por otras más útiles (no más verdaderas). Este planteamiento suele definirse como "construccionismo social" (Gergen, 1985).

Desde una perspectiva narrativa, y siguiendo a Wittgenstein, estas construcciones pueden entenderse como "juegos de lenguaje", de modo que la terapia pasaría a considerarse un *proceso lingüístico* en el que se fomenta un lenguaje centrado en las soluciones que sustituya al lenguaje centrado en los problemas en el que los clientes están atrapados (de Shazer y Miller, en prensa).

b) Puesto que en nuestra opinión en terapia no trabajamos con realidades, sino con construcciones/narraciones, se sigue que no es útil, en terapia, tratar de "leer entre líneas" para descubrir lo que las cosas "realmente son". Por el contrario, preferimos adoptar una postura post-estructuralista y (de nuevo siguiendo a Wittgenstein) *leer las líneas*, quedarnos deliberadamente en la "superficie" de las cosas (De Shazer, 1994). Rechazamos, por tanto, la metáfora de la profundidad, según la cual lo que sucede en un determinado nivel de la existencia se explica/está causado por lo que sucede en niveles más profundos (el inconsciente, las experiencias infantiles, etc). Por ejemplo, la existencia de un problema en una familia (o, mejor, la constatación de que en una familia alguien se queja de algo) no tiene por qué llevar a "leer entre líneas" y a pensar que por debajo de este problema existe en realidad una disfunción de la estructura familiar, o un grave conflicto interpersonal. Que alguien se queje de algo indica solamente eso mismo: que alguien se queja de algo. O, en palabras de Bill O'Hanlon (1994): "el problema no es la persona (o la familia); el problema es el problema.". Nuestra tarea no es buscar claves ocultas por debajo de lo que nuestros clientes dicen, sino simplemente ayudarles a hablar/narrar de tal forma que puedan encontrar vías de solución, alternativas más positivas que la queja.

Hay otros dos presupuestos estrechamente ligados tanto a este punto de vista post-estructural como a la posición del constructivismo social que defendíamos más arriba:

c) El *rechazo de la idea del normativismo*, que al fin y al cabo supone buscar entre las líneas, postular una cierta "esencia" de las cosas. Se trata aquí de que procuramos (aunque no siempre lo conseguimos) no adoptar un modelo de normalidad, y que en vez de ello intentamos respetar al máximo la idiosincrasia de nuestros clientes. En otras palabras, no creemos en un único patrón de persona "sana", ni en un ideal de "familia funcional". Pensamos más bien que existe una multitud de diferentes formas de actuar y comportarse, y que ninguna de ellas es a priori superior a ninguna otra. Por tanto, en terapia no intentaremos ajustar a nuestros clientes a un modelo preestablecido (p.ej., conseguir necesariamente que haya una comunicación más abierta en la familia; fomentar que la familia esté más unida; o que una persona "madure"), sino que nos propondremos ayudarles a que consigan lo que ellos se plantean (p.ej., volver a disfrutar de las relaciones sexuales como antes de que la mujer recibiera el diagnóstico de depresión; conseguir que el hijo deje la droga e inicie una desintoxicación; etc.).

d) Por otro lado, desde la TCS se postula que "*problema*" y "*solución*" son categorías discontinuas. Es decir, dos personas que acuden a terapia con una queja similar (y que por ejemplo podrían ser diagnosticadas por un psiquiatra como depresivas) pueden generar soluciones muy diferentes al final de la terapia (por ejemplo, una dedicándose más al trabajo y ampliando su círculo de amistades; otra centrándose más en la familia y siendo más selectiva con sus amigos). Y a la inversa: puede haber soluciones muy similares para "casos" muy distintos (p.ej. una familia que acude con un miembro que sufre una enfermedad física crónica puede plantear objetivos y desarrollar líneas de acción muy similares a los que propone una chica tartamuda).

Las implicaciones de este punto de vista radical (y tan contrario a las premisas tradicionales que comparten la inmensa mayoría de las psicoterapias) son claras: *no hace falta conocer el problema para solucionarlo*. Expresado en términos de Steve de Shazer (De Shazer, 1988) para abrir una puerta no es necesario tener una llave que se corresponda exactamente con la forma de la cerradura, sino que es suficiente con usar una ganzá que abra el mecanismo. Por tanto, en TCS no consideramos necesario tener información sobre el problema, ni conocer su frecuencia o su naturaleza, ni tampoco su historia ni su génesis. El terapeuta puede pasar directamente a hablar de las soluciones: identificar qué es lo que quieren conseguir los clientes; detectar sus recursos y/o los de la red social y/o profesional; ayudarles a encontrar formas de conseguirlo; buscar modos de mantener en marcha estos logros...

e) Otro presupuesto del que partimos es que *nuestros clientes tienen los recursos* necesarios para lograr sus objetivos, aunque por momentos puedan no usarlos o tenerlos olvidados. La tarea del terapeuta es movilizar estos recursos, ayudar a la familia a que se ayude a sí mismo, y hacerlo además en el menor tiempo que sea posible. La forma de movilizar estos recursos es a través de la *conversación*, que -como venimos diciendo- se centra deliberadamente en la superficie de las cosas, sin buscar factores subyacentes o fenómenos ocultos.

f) Las premisas que hemos enunciado hasta aquí son en buena medida idiosincráticas de la TCS, y diferentes de las asunciones de otros modelos de terapia familiar. La TCS sí comparte con las demás orientaciones de terapia familiar lo que podríamos denominar el *punto de vista contextual*, es decir, la tendencia a analizar los fenómenos dentro del contexto que en el que se producen. Además, este contexto se entiende sobre todo desde el punto de vista *interpersonal*, haciendo hincapié en las relaciones *circulares* que se establecen en el *presente* entre las conductas de una o varias personas³. Estas conductas y sus relaciones son vistas como *sistemas* abiertos.

Desde la perspectiva de la TCS, asumir esta forma contextual y sistémica de ver las cosas tiene diversas implicaciones. Por ejemplo, tendemos a ver la propia situación de terapia como un sistema: lo que sucede en la entrevista no está en función de los conflictos internos de los clientes (punto de vista intrapsíquico), sino que está determinado por las interacciones de terapeuta(s) y cliente(s) (punto de vista interpersonal). Además, nos interesa por lo general contar con la colaboración, no sólo de la persona etiquetada como "paciente", sino también con otros integrantes del sistema o sistemas relevantes: la familia, la escuela, etc..

Otra consecuencia de esta forma de ver las cosas es que consideramos que en terapia es suficiente con introducir un *cambio pequeño* en la situación, siempre que ese cambio sea advertido por otros miembros del sistema, ya que entonces retroactuarán sobre él ampliándolo (lo que se ha dado en llamar "efecto de bola de nieve"). Así, si por ejemplo los clientes nos explican que la madre se sintió mejor el fin de semana anterior, y que estaba más activa y animada, indagaremos sobre cómo reaccionaron los demás miembros de la familia ante esta conducta. ¿Qué hicieron? ¿Cómo respondió a su vez la madre? ¿De qué forma ayudó esto a que se mantuviera activa el resto del día?

³ Hablamos de causalidad circular cuando entendemos que A actúa sobre B, pero que a su vez B retroactúa sobre A. En el ejemplo clásico, el marido se enfada con su mujer porque ésta llega tarde a casa, y esta a su vez llega tarde a casa porque su marido está enfadado. Lógicamente cada participante tiende a ver una sola cara de la moneda ("Claro, cómo no voy a llegar tarde si sé que él va a estar de morros" "Claro, como no me voy a enfadar, si cada día llega más tarde"), a puntuar la secuencia de los hechos desde su particular perspectiva (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967).

Quisiéramos aclarar por último que, en nuestra opinión, ver las situaciones en términos de sistema no exige apostar por la complejidad, y por tanto no implica considerar que todo está necesariamente relacionado. Por ejemplo, y a diferencia de la postura que mantienen otras escuelas de terapia familiar, la coexistencia de varios problemas en una misma familia no indica, en TCS, que estén relacionados. Desde los presupuestos de la TSB podemos pensar que los problemas simplemente coexisten, sin que haya necesariamente una relación de dependencia entre ellos. (Furman y Ahola, 1992). Por tanto, consideramos que es compatible adoptar una perspectiva sistémica sin renunciar a la idea de la *simplicidad*.

Hasta aquí hemos bosquejado las premisas fundamentales que orientan la TCS. Lógicamente, adoptar esta visión tan radical tiene profundas consecuencias en cuanto a la forma de entender tanto la terapia como nuestra propia posición como terapeutas:

-Entender la terapia como si fuera una conversación, como un "juego de lenguaje" en el que se negocian nuevas construcciones de la realidad, y hacerlo desde una posición no-normativista, supone un cambio importante en la forma de conceptualizar el papel del terapeuta. La terapeuta deja de ser la experta que sabe cómo deben ser las cosas/personas/familias y determina cómo deben comportarse los clientes ("la familia debe re-estructurarse, con el padre en una posición más central y la jerarquía restablecida"; "la cliente debe flexibilizar sus mecanismos de defensa") para pasar a ocupar la posición de una persona que respeta la postura de sus clientes y muestra su curiosidad por conocer sus recursos. Michael Hjerth ha descrito de forma gráfica esta posición hablando del valor de la *estupidez* del terapeuta (Hjerth, 1998).

Aunque el terapeuta no sea un técnico que interviene *sobre* una determinada persona o conjunto de personas, sí debe ser un *experto conversador*, es decir, alguien capaz de interactuar con las familias de tal modo que consigan ayudarse a sí mismas, alcanzar los objetivos que ellas mismas se proponen. En este sentido, asume la responsabilidad por la co-construcción de realidades útiles en la terapia, por la generación de ese "juego de lenguaje" distinto, centrado en las soluciones y no en los problemas (Miller y de Shazer, en prensa). En el próximo apartado revisaremos algunas de las prácticas conversacionales que se dirigen a este fin.

-Desde un punto de vista que podríamos denominar *político*, el conjunto de presupuestos que hemos descrito más arriba suponen una crítica frontal a las prácticas de patologización, medicalización e incluso psicologización que tradicionalmente han caracterizado a la psicoterapia (y a la sociedad occidental en su conjunto). Desde una posición constructivista y centrada en soluciones, el uso de etiquetas diagnósticas o la rotulación de ciertos fenómenos sociales como patología (la "ludopatía", la "adicción al sexo", la "adicción a la televisión") no es un ejercicio neutral en el que se *nombran* ciertos fenómenos que ya existían antes de ser nombrados, sino una forma de *crearlos*. Y de crearlos, además, como entidades internas, individuales, aisladas de su contexto sociocultural. Además, la creación de estas entidades (o de conceptos como "inconsciente" "mecanismos de defensa", etc.) conlleva una cierta definición de la relación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) en virtud de la cual una élite de profesionales (en nuestro caso, psicólogos o psiquiatras) se autoproclaman como expertos, capaces de interpretar el *verdadero* significado de ciertas situaciones o conductas. Apostar por un enfoque centrado en las soluciones supone también, por consiguiente, proponer una lectura diferente, más democrática e igualitaria, de las relaciones entre los profesionales y las personas a las que atienden. Esta forma de ver las cosas nos lleva, entre otras cosas, a preferir el término "clientes" o "consultantes" para referirnos a quienes desde otras ópticas son calificados como "pacientes" o "beneficiarios".

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

Hasta aquí hemos reflexionado sobre los ingredientes fundamentales que componen el prisma, sistémico y centrado en soluciones, desde el que observamos los problemas humanos y su solución. ¿Cómo se traducen estas ideas en la práctica clínica?

Por lo que a "*logística*" se refiere, podemos decir que la TCS es una modalidad de terapia breve, entendiendo en este caso como "breve" un tratamiento cuya duración oscila entre una y diez sesiones, siendo la duración promedio de la terapia de unas cinco entrevistas. Estas sesiones suelen durar una hora, y son más espaciadas a medida que se producen mejorías en la situación que plantean los clientes. Así, solemos dejar una o dos semanas entre la primera entrevista y la segunda; y aumentamos posteriormente el intervalo a tres semanas o un mes. De esta forma, una terapia de seis sesiones ocupa por lo general entre dos y seis meses.

Además, trabajamos en equipo (Beyebach, 1995b), aunque la TCS no exige necesariamente este formato (y de hecho suele practicarse con un sólo terapeuta). En nuestro caso, el equipo observa desde detrás de un cristal unidireccional la conversación que mantienen terapeuta y clientes. Además de observar, el equipo interviene activamente en la conducción de la sesión y en el seguimiento de la terapia: llama por un teléfono interior al terapeuta o a los clientes, intercambia opiniones con el terapeuta durante las pausas, diseña la intervención final, prepara y planifica sesiones ulteriores si esto llega a ser necesario...

Desde el punto de vista del *contenido* de la terapia, ésta se centra activamente en los recursos de los clientes, es decir, en aquellas ocasiones en las que no se da el problema (excepciones) o en aquellos aspectos relacionados con un futuro sin el problema (objetivos). En otras palabras, la terapeuta apenas se interesa por lo problemático o lo que no funciona, sino que se ocupa principalmente de analizar aquello que sí funciona y satisface a los clientes.

Pongamos el ejemplo de una pareja que consulta porque tiene fuertes discusiones y momentos de gran tensión. A una terapeuta sistémica tradicional le interesaría probablemente descubrir cuál es la secuencia de acontecimientos que precipita las discusiones, analizar la relación entre la tensión y las peleas, y entender el sentido que éstas tienen en el contexto de la relación de la pareja. Además, averiguaría cuál es el impacto de las peleas sobre los hijos y tal vez también cuál su conexión con las familias de origen de los cónyuges. En cambio, las preguntas que se plantea una terapeuta centrada en las soluciones son otras: ¿Qué sucede en los momentos en los que no hay tensión? ¿Qué es diferente en aquellas ocasiones en las que los cónyuges son capaces de negociar sus diferencias sin desembocar en una pelea? ¿Cómo lo consiguen? ¿De qué forma les ayudan los hijos en este proceso?

En otros términos, entendemos que en la terapia centrada en soluciones se sigue una línea diferente (aunque complementaria) a la que se mantiene en una terapia convencional. Mientras que en una terapia tradicional se trata, metafóricamente, de reducir el "espacio" que ocupa el problema, con lo que se crean nuevas alternativas y opciones, la terapia centrada en soluciones intenta directamente aumentar los aspectos no-problemáticos, con lo que en definitiva se reduce también el tamaño del problema. Nuestra sugerencia en este sentido es que estos dos procesos pueden considerarse como complementarios, lo que supone que la ampliación de las áreas-recurso implica una reducción correlativa de las áreas-problemas. Una idea similar, aunque con connotaciones diferentes, es la que propone Emilio Gutiérrez (1996): en la terapia con esquizofrénicos se ignora la "parte mala" (la sintomatología) y se trabaja para ampliar la "parte buena" (todo aquello que el paciente sí puede hacer a pesar de su enfermedad). Aquí, ampliar la parte buena no supone directamente reducir la "parte mala", pero lleva a que ésta pierda importancia en términos relativos.

Así, la TCS trabaja en primer término con las soluciones, ayudando a los clientes a identificar lo que quieren conseguir (Pregunta Milagro, que describiremos más abajo), trabajando para marcar y ampliar aquellas ocasiones en que de hecho lo consiguen (trabajo con excepciones) y fomentando que los clientes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos. Sin embargo, si esta línea de trabajo no genera avances suficientes, la terapeuta puede abordar la situación desde el planteamiento complementario, intentando reducir la conducta problema, y retomando la línea de las soluciones cuando aparecen los cambios.

De esta forma, la terapia se convierte en un conjunto de conversaciones en las que se habla de lo que ha ido bien, de lo que está yendo bien o de lo que puede llegar a mejorar. Como ha puesto de manifiesto el caso ejemplo presentado en el prólogo, tratamos de iniciar este proceso ya desde el primer contacto con la familia. Por tanto, la primera sesión sólo se diferencia de las demás por el mayor énfasis en crear una buena relación terapéutica y definir un proyecto conjunto de trabajo, y porque habitualmente el terapeuta hace más hincapié en la negociación de objetivos.

Descrita de este modo, la terapia puede parecer tremendamente sencilla. Sin embargo, esta sencillez es sólo aparente. En palabras de Eve Lipchik, a menudo es difícil conseguir que las cosas sean tan fáciles, es complicado "hacerlo sencillo" (Lipchik, 1994). Al fin y al cabo, nuestra formación como profesionales entrenados para detectar patologías, así como las propias expectativas culturales acerca de la terapia ("hay que ventilar los sentimientos negativos", "saber el por qué de los problemas para poder resolverlos") son una constante invitación a sucumbir a la *fascinación del problema*. Puede no resultar tan sencillo encauzar una conversación sobre las mejoras y los avances, o encontrar los lados fuertes de una familia en una situación aparentemente desastrosa. Por eso pensamos que es útil describir ciertas prácticas terapéuticas que faciliten este proceso, herramientas que permitan al terapeuta ser un "experto conversador". A ello dedicaremos el próximo apartado.

PRACTICAS DE CONVERSACION EN TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES⁴

Una vez presentados los presupuestos teóricos de la TCS y esbozado un mapa global del conjunto del proceso terapéutico, dedicaremos este tercer apartado a descender ya al ámbito de lo concreto, de lo que sucede momento a momento en la conversación entre terapeuta y clientes. Haremos referencia a tres grandes temas de conversación, que -sin ser los únicos recursos terapéuticos de que dispone el terapeuta centrado en soluciones- nos parecen sin embargo los más característicos de la TCS. Aunque bien se podría hablar de "técnicas", preferimos actualmente hablar más bien de "prácticas" o incluso sin más de "temas de conversación". Referirnos a "temas" no implica que en terapia breve pretendamos prefijar contenidos concretos de los que hablar (la infancia del cliente, la familia de origen de la pareja), sino más bien hablar de cierta forma sobre un determinado *tipo* de contenidos (p.ej. lo que funciona, lo que los clientes quieren conseguir...). Estas prácticas suponen habitualmente que la terapeuta utilice una determinada modalidad de preguntas, y que oriente la interacción de forma que se pueda generar un lenguaje centrado en soluciones.

Empezaremos presentando los procedimientos de proyección al futuro, para pasar después a analizar el trabajo con excepciones y la utilización de preguntas de escala. Cualquiera de estos tres procedimientos de trabajo puede emplearse en TCS. Aunque nosotros solemos emplearlos en una secuencia más o menos habitual (la proyección de futuro al inicio de la terapia; las preguntas de escala al final de cada sesión, y el trabajo sobre excepciones siempre que surja en la conversación alguna mejoría o avance), otros terapeutas centrados en soluciones prefieren emplearlas en otro orden, o en otro momento. La única norma es ajustarse a lo que nos ofrecen nuestros clientes; en otras palabras, el momento y el modo de utilización dependerán de por qué derroteros esté discuriendo la conversación terapéutica en cada momento particular.

La proyección al futuro

Las técnicas de proyección al futuro (la Pregunta Milagro, la técnica de la bola de cristal, fantasía guiada etc.) se emplean para construir con los clientes lo que denominamos "objetivos útiles" o "objetivos bien formados", es decir, objetivos relevantes para los clientes, pequeños, concretos, expresados en positivo, interaccionales y alcanzables. Así, "no estar siempre deprimido", "no descontrolarme con la comida" o "tener más armonía en la familia" no serían considerados "objetivos útiles" (los dos primeros, porque están expresados en negativo, como ausencia de algo; el tercero porque no es un objetivo concreto, observable). En cambio, "estar más activo en mi trabajo y salir con los amigos por las tardes", "volver a hacer tres comidas diarias" o "ver juntos la televisión" sí constituyen objetivos bien formados. Como tales, servirán para guiar el proceso de la terapia, y ayudarán al cliente a identificar las cosas que ya van bien o sus avances⁵.

Por otra parte, los procedimientos de proyección al futuro no pretenden solamente recoger una serie de objetivos más o menos bien definidos. Más allá de esto, se trata también de romper el encuadre que los clientes hacen de su situación ("Es la misma historia una y otra vez, no hay forma de salir de esto") y de situarles en un futuro diferente. Recogiendo la expresión de Tomm (Tomm, 1988), se trata en buena medida de "crear un futuro para una familia que se ha quedado congelada en el presente", de propiciar que nuestros clientes cambie su forma de comportarse, pensar o de sentir. En este sentido, consideramos que recursos como la Pregunta del Milagro tienen en sí mismos un profundo impacto terapéutico.

⁴ Una versión más amplia de las ideas recogidas en este apartado aparece en Beyebach, 1995a. En esta publicación el lector interesado encontrará amplios ejemplos clínicos ilustrativos, así como un análisis detallado de las posibles dificultades que pueden ir aparejadas a estas prácticas de conversación.

⁵ Tal y como señalan diversos autores (Bandura y Schunk, 1981, de Shazer, 1988; Pérez Grande, 1992) la existencia de objetivos claramente definidos es un importante predictor del resultado final del tratamiento. Nuestra experiencia clínica va en este mismo sentido: una Pregunta del Milagro bien trabajada supone con frecuencia un impulso decisivo para la rápida culminación de la terapia. Es en este sentido en el que hablamos de la *utilidad* de los objetivos o, dicho con mayor precisión, de ciertas características de los objetivos que *en TCS* (y no necesariamente en otros tipo de terapia) parecen asociadas al éxito terapéutico.

La "Pregunta del Milagro" (así como cualquier otra práctica de proyección al futuro) no es en realidad una pregunta, sino una *secuencia* de preguntas que, como acabamos de ver, puede ocupar toda una entrevista. Solemos iniciar esta secuencia de la forma que ya expusimos en el prólogo:

"Supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se resuelven, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les hagan darse cuenta de que este Milagro se ha producido?"

Esta es la formulación habitual, pero lógicamente caben adaptaciones a situaciones concretas. Trabajando con niños empleamos a menudo otras imágenes más ajustadas a su edad: "Supón que esta noche viene un duende verde y hace magia, y las cosas que os traen aquí se solucionan..." "¿Has visto 'Regreso al futuro'? ¿Te acuerdas de la máquina del tiempo? ¿Sí? Pues imagínate que entras en la máquina del tiempo y ...". En otras ocasiones preferimos hablar de que se produce un "salto en el tiempo", a un momento futuro en el que los problemas que traen a los clientes a terapia se han resuelto.

Es muy poco frecuente que los clientes respondan a la Pregunta del Milagro de una forma que se ajuste a las características de los objetivos bien formados. De hecho, lo más habitual es que respondan en términos de quejas ("Hombre, vería que mi marido deja de estar como ahora, que está todo el día gritándome y rompiendo cosas"), en negativo ("Dejaría de obsesionarme tanto con los estudios"), de forma vaga ("me sentiría mucho mejor") o intrapersonal ("Mi madre estaría menos deprimida, más alegre"). Aquí es donde se inicia lo que denominamos "trabajo sobre la Pregunta del Milagro", es decir, la utilización de una serie de preguntas que ayuden a los clientes a transformar estas respuestas en objetivos útiles para la terapia. No se trata de sugerir o imponer *nuestros* objetivos a los clientes, sino de ayudarles a que formulen *sus* objetivos en un lenguaje que facilite su consecución. Es ésta una labor a menudo dificultosa para los clientes, y que exige pericia y persistencia por parte del terapeuta. El resultado debe ser una verdadera "película" de como serán las cosas una vez que el problema esté resuelto (qué harán, pensarán o sentirán diferente), una imagen lo más amplia posible, y que no se limite al área-problema. Al fin y al cabo, "cuanto más amplia sea la diana, más fácil será acertar": disponer de más objetivos facilita que alguno de ellos empiece a conseguirse, con lo cual tenemos un buen punto de partida desde el que generalizar el cambio a otras áreas.

Estas son algunas de las preguntas que resultan útiles para desarrollar al máximo los objetivos:

Si el cliente habla...	El terapeuta pregunta
...en términos de queja	¿Cómo va a cambiar eso?
...en negativo (dejar de)	¿Qué es lo que harán en vez de...?
...en términos poco concretos	¿En qué va a notar que...? ¿Cuál será la primera cosa que...?
...en términos individuales	¿Cómo va reaccionar Ud. cuando él....? ¿Cómo va a responder él cuando Ud....?
Si se agota un "tema"	¿Qué más va a cambiar?

Cuadro 1. Formas de construir objetivos bien formados en Pregunta del Milagro.

A fin de no convertir esta parte de la entrevista en un mero "interrogatorio", sugerimos que el terapeuta no utilice solamente preguntas, sino que intercale otro tipo de comentarios: perífrasis, resúmenes de lo dicho, comentarios empáticos y humorísticos, etc. Con ello se consigue evitar el excesivo aumento del patrón pregunta / respuesta, que algunas investigaciones sugieren que podría estar asociado a la insatisfacción de los clientes y al consiguiente abandono de la terapia (Beyebach, 1993; Lichtenberg y Barké, 1981). Además, no es imprescindible que en cada caso se consiga una pintura tan detallada y matizada como quisiéramos; de hecho, probablemente es suficiente con que tanto los clientes como nosotros podamos disponer de uno o dos indicadores claros y concretos de avance.

Trabajo sobre excepciones

Steve de Shazer define como "excepciones" aquellas ocasiones en las que, en contra de lo esperado, no se da la conducta-problema (de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis, 1986; de Shazer, 1991): si la queja es que la pareja no tiene relaciones sexuales, será una excepción la ocasión en que sí las tengan; si la queja es que el padre se siente deprimido y no se levanta de la cama, los días en que sea capaz de levantarse y preparar su desayuno constituirán una excepción. En un sentido más amplio, diríamos que las excepciones son aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas (de Shazer, 1991). En este sentido, podemos decir que se da una excepción cuando se alcanza un objetivo. Incluimos bajo el rótulo de excepciones tanto aquellas que ya se producían antes de iniciar la terapia ("excepciones"), como las que se producen entre el momento de concertar la entrevista y el momento en que la entrevista concertada tiene lugar ("cambio pretratamiento", Weiner-Davis, De Shazer y Gingerich, 1988) como las que aparecen una vez iniciado éste (que podemos calificar también como "avances" o "cambios terapéuticos")

Como ya hemos indicado, la terapia centrada en soluciones puede entenderse como un método para generar excepciones, marcarlas como tales y ampliarlas hasta que desaparezca el problema. Por supuesto, esto no es algo exclusivo de este modelo terapéutico; en realidad, cualquier método de terapia pretende producir "cambios" o "avances", y la mayor parte de las escuelas de psicoterapia comparten la idea de que estos avances deben ser atribuidos a los propios clientes (Frank, 1985). Ahora bien, a nuestro juicio sí existen algunas diferencias importantes entre cómo se manejan las excepciones en TSB y cómo se abordan en otras orientaciones psicoterapéuticas:

- a) Mientras que la mayoría de las escuelas de psicoterapia asumen que las excepciones se generarán a partir de la intervención terapéutica, en TSB se considera que en buena medida estas excepciones están ocurriendo desde *antes* de iniciarse el tratamiento. En este sentido, la labor del terapeuta no es sólo *producir* cambios (o ayudar a los clientes a que los produzcan), sino *descubrir* durante la sesión qué cambios ha puesto ya en marcha la pareja por propia iniciativa ("cambio pretratamiento").
- b) En TSB se discute en mayor medida cómo ampliar las excepciones una vez que se han "descubierto" o "generado". En otros términos, se dedica una mayor atención al proceso de mantener y generalizar estos cambios, a "generar una nueva historia" en torno a ellas (White, 1989/90) y a situarlos en un contexto interpersonal y temporal más amplio.
- c) La consecuencia más clara de los dos puntos anteriores es que en TSB el trabajo sobre excepciones es algo que se desarrolla *durante la entrevista* con los clientes: la excepción no es algo dado (p.ej. la mejoría de la que una familia informa espontáneamente al comienzo de la sesión), sino algo que se va construyendo mediante la conversación con los clientes.

La conversación sobre excepciones tiene lugar en cualquier momento de la terapia, siempre que sea posible identificar algo que los clientes estén haciendo que sea bueno para ellos, que suponga conseguir sus objetivos, que implique que no se da el problema, etc... Como acabamos de ver, en TSB las soluciones se trabajan ya desde la primera sesión.

Podemos distinguir cinco pasos en el trabajo con excepciones:

Elicitar

Consiste simplemente en suscitar el tema de las excepciones. A menudo no hace falta que sea el terapeuta quien dé este paso, ya que los propios clientes informan espontáneamente de las cosas que han ido bien o que han mejorado.

"Marcar" la excepción

Se trata básicamente de que la excepción no pase desapercibida, que cobre importancia a los ojos de los clientes y que suponga una "diferencia que marque una diferencia". La forma de "marcar" una excepción depende mucho del estilo de cada terapeuta, de la postura de los clientes, y de la relación terapéutica que se haya establecido. Trabajando con niños la terapeuta puede manifestar una sorpresa infinita ante un pequeño avance, o caerse literalmente de la silla si la ocasión es digna de semejante alarde. A veces, en cambio, lo indicado es lo contrario: "no creerse" la excepción, como forma de provocar al chico o a la chica para que dé más detalles. Con adultos preferimos un estilo más neutro, en el que tendemos a mostrar nuestra curiosidad e interés por la excepción que nos comentan.

Ampliar

Una vez que hemos identificado una excepción y la hemos señalado como tal, interesa hacerla más amplia. La idea es que los clientes hablen de estas excepciones el mayor tiempo posible y que den todo lujo de detalles. Al igual que sucedía con la Pregunta del Milagro, trataremos de construir una "película" lo más completa posible de los hechos.

Atribuir control

Se trata de que, una vez ampliada una excepción, se atribuya el control sobre ella a los clientes. Intentamos en definitiva construir la excepción como algo *deliberado* e identificar qué cosas hicieron los esposos que permitieron que la excepción tuviera lugar: "¿Cómo consiguió volver a comer tres veces al día, y sin vomitar después?" "¿Qué pasó para que decidieran volver a hablarse?" "¿Cómo se las arregló para resistir la tentación de volver a meter monedas en las máquinas tragaperras?".

Este proceso de "culpabilización positiva" (Kral y Kowalski, 1989) o de internalización de la agencia (Tomm, 1994) fortalece la posición de nuestros clientes y además permite que aumenten la frecuencia de las excepciones en la medida en que sean capaces de encontrar una "receta" eficaz para ello. Esto exige a veces asegurarse de que una conducta dada contribuye realmente a que suceda la excepción, o analizar el valor relativo de diversas conductas: "¿De todas estas cosas que me han explicado ¿cuál dirían Uds. que ha sido la más decisiva para sustituir la violencia por el diálogo? ¿Y la segunda más importante?...". "El que Uds. volvieran a hacer..... ¿garantizaría que se repitiera...?".

Seguir

El último paso consiste simplemente en preguntar qué más excepciones ha habido: que más cosas han ido bien, en qué otras ocasiones se ha producido el milagro, etc... Una vez eliciteda la siguiente excepción, se vuelve a marcar, ampliar, atribuir control, etc...

Hablando de números: las preguntas de escala

Una de las prácticas terapéuticas que mejor refleja la despreocupación intencionada de la TCS por todo lo que supone el problema y las circunstancias que lo rodean es la utilización de las preguntas de escala.

De Shazer y su equipo propusieron en 1986 (de Shazer y cols., 1986) utilizar las "escalas de avance" como una forma de poder trabajar en aquellos casos en los que la queja y los objetivos eran excesivamente vagos para obtener descripciones conductuales de los mismos. Privado de otros puntos de referencia, el terapeuta podía, gracias al uso de escalas, tener una idea clara de si el tratamiento estaba o no avanzando en la dirección correcta... ¡a veces sin llegar a saber nunca cuál era el problema que preocupaba al cliente! Sirva como ilustración el siguiente ejemplo clínico:

T.- Dígame, ¿en qué le podemos ayudar?

C.- Pues no sé, la verdad es que no lo sé... Tal vez sea ése el problema.... Tal vez.... En qué me pueden ayudar...

T.- Déjeme que se lo plantee de otra forma: ¿qué le trae por aquí?

C.- Bueno, la verdad es que tampoco es fácil de contestar... son muchas cosas, probablemente.... Me habló de Uds. un amigo mío, que había estado en terapia aquí, con su mujer, hace un par de años. Yo le comenté que, bueno, que me sentía mal y entonces me aconsejó que viniera... No sé, la verdad es que tampoco sabría explicar muy bien qué es lo que quiero. Mis amigos me dicen que no me pasa nada, que no puedo quejarme, que tengo familia, y un buen trabajo, pero... No sé... Ya digo, no sé muy bien qué es lo que me pasa... pero sí tengo claro que llevo un tiempo mal, bastante mal, una temporada larga... no me siento nada a gusto conmigo mismo.

T.- Ajá, de modo que parece estar un poco confundido respecto a qué es lo que le pasa, o qué es lo que quiere, ¿no? (el cliente asiente) pero sí tiene claro que lo está pasando bastante mal, y supongo que algo en lo que querría que le ayudáramos sería a encontrar la manera de encontrarse algo mejor, más a gusto consigo mismo. ¿Es eso?

C.- Sí, exactamente, es eso. Sería encontrar la forma de... no sé, sentirme mejor, supongo, sentirme.... Es difícil de explicar, sentirme...

T.- Ajá, bien, de acuerdo, con eso es suficiente por ahora, vamos a ir poco a poco. ¿Qué tal se le dan los números?

C.- ¿Los números?

T.- Sí, me gustaría hacerle una pregunta con números, nada complicado, algo relativamente sencillo de hecho. Es algo que me puede ayudar a terminar de hacerme una idea de a dónde ir y cómo hacer...

C.- Bueno, pues no se me dan mal, la verdad, si no es muy complicado, claro...

T.-No, no, no es nada complicado. Vamos a ver, en una escala de 1 a 10, en la que 1 es el momento en el que los problemas que le han traído aquí han estado peor, y 10 es el momento en que estarán del todo solucionados, en esta escala de 1 a 10, ¿en qué punto pondría Ud. esta última semana?

C.- ¿Esta última semana?

T.- Sí, por término medio.

C.- 1 es el momento peor y 10 sería tenerlo ya todo resuelto... Yo creo que no he estado en el 1 desde el verano, por lo menos. He estado mal, pero supongo que no tan mal como hace un año, tal vez el 2 o el 3 como muy bajo. ¿La última semana? No sé, tal vez... Pues en un 4 diría yo. Un 2 o un 3 como mucho estos últimos dos días, pero un 4 como término medio.

T.- Ajá, ¿quiere decir que estos últimos días ha sido 2 o 3, pero los anteriores ha sido más de 4, y que 4 es la media? (El cliente asiente). Muy interesante. ¿qué puntuación llegó a tener, digamos el mejor día?

C.- Hmm... esto es más difícil... No sé, yo diría que un 6, el viernes pasado. Sí, un 6.

Si el lector se sitúa por un momento en el lugar del cliente, comprobará que éste es también un modo harto curioso de empezar una entrevista. Y sin embargo, como veremos a continuación, proporciona una forma de mantener un diálogo centrado en soluciones en una situación que de entrada se plantea un tanto ambigua⁶. A partir de este momento de la sesión, hay diversos cauces por las que encaminar la conversación. La terapeuta podría, entre otras muchas cosas:

-Centrarse en averiguar qué fue diferente en ese "día 6" (en comparación con los "días 2-3"), y qué es lo que el cliente hizo distinto. ¿Cómo consiguió el cliente pasar de 2-3 a 6?

-Pedirle al cliente que le explicara cómo ha conseguido subir del 1 a ese 2-3 que es la puntuación más baja desde el verano.

-Preguntar en qué consiste mantener un "nivel 4".

-Averiguar qué puntuación indicaría un nivel satisfactorio. ¿Sería un 6 suficiente como término medio? ¿Un 7? ¿Un 8?

-¿Cómo notaría el cliente que tiene un "día 10"? Suponiendo que se levanta un día por la mañana, y esa noche ha sucedido una especie de milagro, de modo que está en un 10, ¿cuál sería la primera cosa que le haría sentir que está en un 10? (proyección al futuro)

-Explorar en qué consistiría avanzar un paso más: describir un "día 7", por ejemplo. ¿Cómo sabrá el cliente que está en un "día 7"? ¿Qué cosas va a hacer distintas? ¿Qué ideas tiene de cómo conseguir subir hasta un 7? ¿Qué tendría que pasar para mantenerse en un nivel 7?

Todo este trabajo no está dirigido a "evaluar", a obtener información *para el terapeuta*, sino a generar información de utilidad *para el cliente*, ya que permite establecer metas y submetas, identificar avances y atribuir la responsabilidad por los cambios conseguidos. Por tanto, las escalas proporcionan una forma más de trabajar sobre objetivos y sobre excepciones, de un modo lo bastante peculiar como para que en esta exposición las incluyamos en un apartado separado.

Obviamente la utilización de escalas no tiene por qué restringirse a las escalas de avance que hemos descrito hasta ahora⁷. De hecho, hemos comprobado que a la gran mayoría de nuestros clientes les resulta relativamente fácil manejarse en términos numéricos, por lo que se puede usar el lenguaje de las cifras para referirse a todo tipo de situaciones:

"De modo que sigues teniendo muchas dudas respecto a qué decisión tomar. Digamos que 10 indica que estás totalmente decidida, y 1 que está absolutamente indecisa, sin saber qué hacer. ¿Dónde dirías que estás ahora? (...) ¿Hasta qué puntuación tendrías que subir para pasar a la acción, para hacer lo que has pensado? (...) ¿Qué tiene que pasar para que....?"

⁶ En el caso del ejemplo, usar escalas no es la única opción, por supuesto: tras la declaración inicial del cliente en la que indica su confusión respecto a lo que le pasa y a lo que quiere conseguir, la terapeuta podía haber utilizado la pregunta milagro (o alguna variante) para tratar de concretar algún objetivo, o podía haber preguntado por los cambios pre-tratamiento. Cualquiera de las dos líneas de trabajo (o incluso ambas) hubieran sido en principio tan adecuadas como la utilización de la escala.

⁷ LLlamamos "escala de avance" a aquella cuyos términos extremos (1 y 10; 1% y 100%; -10 y +10, etc.) indican el momento en que el problema peor ha estado y el momento en que está del todo resuelto, respectivamente.

"De modo que en este tema seguís en desacuerdo... pero no es un 100% de desacuerdo, según habéis dicho. ¿Qué nivel de desacuerdo calculáis que teneis ahora? (contestan que un 75%) (...) ¿Cómo sabréis que estáis ya en sólo un 50%? ¿Qué será diferente? (...) ¿Qué cosas podeis hacer y que os ayuden a bajar hasta ese 50%?"

Nosotros usamos con cierta frecuencia una *Escala de Confianza*, cuando se ha producido un aumento considerable de una sesión a otra en la Escala de Avance (a partir de 3-4 puntos) o cuando la puntuación en Avance es alta (7 o superior). Su utilización estaría especialmente indicada cuando los clientes suscitan el tema de la confianza/desconfianza acerca del mantenimiento de los cambios, y cuando ellos o nosotros preveemos el riesgo de una recaída. Así, si una familia se sitúa en un 8 y medio:

"En una escala de 1 a 10, en la que 10 sería que tienen toda la confianza del mundo en que mantendrán este nivel de 8 y medio, y 1 significa que no tienen ninguna confianza de mantenerlo ¿en qué punto se pondrían?"

En cualquier caso, al conversar sobre las escalas, la terapeuta puede sacar el máximo partido a las perspectivas múltiples: si hay varios clientes en la sesión, puede cruzar las preguntas y emplear, trabajando con cifras, los mismos recursos que al preguntar sobre otros contenidos. Si el formato es individual, será interesante preguntar a nuestro cliente cuáles cree que serían las respuestas de las personas significativas. De esta forma, las preguntas de escala a menudo dejan de ser una técnica puntual, una cuestión que se suscita brevemente en algún momento de la sesión, para pasar a convertirse incluso en el *Leitmotiv* de toda la entrevista.

EL DISEÑO DE INTERVENCIONES: ALGUNAS IDEAS PARA LA ELABORACION DEL MENSAJE FINAL.

Como hemos venido repitiendo a lo largo de esta exposición, pensamos que el componente terapéutico principal de la TCS es la conversación que tiene lugar entre terapeutas y clientes, esa situación en la que -parafraseando el título del último trabajo de De Shazer (1994)- las palabras se convierten en mágicas. Por tanto, pierde parte de su importancia un elemento que en otros modelos de terapia familiar (y en el propio modelo de Milwaukee, hace unos años) se consideraba fundamental: la "intervención", el mensaje final que la terapeuta transmite a sus clientes antes de dar por terminada la sesión

Puesto que en la TCS el énfasis pasa a estar sobre la conversación terapeuta/familia, ¿qué valor tiene el mensaje final dentro de nuestro modelo terapéutico? A nuestro modo de ver, supone ante todo una manera de consolidar los significados y puntos de vista generados durante la sesión, así como una forma de propiciar que los cambios descritos durante la entrevista se generalicen al siguiente periodo intersesiones. Es, básicamente, una forma de "cerrar" la entrevista, que (por producirse en nuestro caso tras una breve pausa, en la que consultan terapeuta y equipo) ofrece al terapeuta la oportunidad de ultimar algún aspecto, de subrayar un tema o simplemente de subsanar algún olvido producido durante la charla con los clientes.

En cuanto al contenido del mensaje final, consta típicamente de un *elogio* o elogios, seguido de una o varias *tareas*. Ambos (elogios y tarea) pueden dirigirse a todos los clientes en conjunto, como un grupo, o a cada uno de los presentes en particular.

a) Los **elogios** recogen aquello que la familia está haciendo bien, realza sus cualidades o subraya sus recursos. No se trata de elogiar por elogiar (en la línea de "dar mensajes positivos"), sino de apoyar a los clientes en sus lados fuertes de modo tal que puedan seguir progresando, o empezar a hacerlo: "A mis compañeros y a mí nos ha sorprendido ver todo lo que has avanzado en estas últimas semanas, a pesar de lo difíciles que las cosas se habían puesto para tí" "Querría felicitarte por el valor que has demostrado al...". Para ello es fundamental que los elogios sean creíbles, es decir, que sean percibidos por la familia como genuinos y ajustados a su situación. Lo mejor es recoger los elogios que los clientes se han dirigido a sí mismos durante la entrevista: "Estamos de acuerdo con Uds. en que su mayor logro durante estas semanas ha sido..."

b) La **tarea** o tareas, por su parte, proponen alguna cosa a hacer o pensar hasta la próxima sesión. Aunque en diversos textos se han descrito diagramas que reflejan el proceso de decidir qué tarea impartir (De Shazer, 1988; Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994), creemos que la forma más parsimoniosa de describir los criterios que manejamos a la hora de diseñar una tarea son los tres que enumeramos a continuación.

-Pedir algo que sea coherente con lo hablado durante la entrevista . Si la mayor parte de la sesión ha girado en torno al "milagro", parece adecuado que la tarea tenga relación con ello (p.ej. "Nos gustaría sugeriros que de aquí a la próxima sesión simularais cada uno, dos veces por semana y en secreto, que este milagro ya se ha producido. Fijaos qué efecto tiene esto" o "Estamos de acuerdo con vosotros en que hay que ir poco a poco. Os sugerimos

que, de aquí a la próxima entrevista, os fijéis en todas aquellas ocasiones en las que de hecho se produce alguna pequeña parte del milagro que habéis descrito"). Si lo que más ha llamado la atención de los clientes es el cambio pretratamiento, será en principio adecuado hacer alguna sugerencia al respecto, etc.

-Sugerir sólo aquello que consideremos que los clientes están dispuestos a (y pueden) hacer . La idea es muy simple: no sirve de nada crear una tarea brillante, si está fuera del alcance de los clientes o simplemente si éstos no están dispuestos a hacerla. Es más, cuando consideramos que un cliente se nos presenta en un momento dado como un "visitante", es decir, como alguien que no "compra" terapia ya que no considera que exista un problema⁸, es preferible no dar tarea. En las demás situaciones, graduamos la dificultad de tal modo que, p.ej., a quienes veamos muy dispuestos a poner de su parte para resolver el problema (relación tipo "compradores", De Shazer, 1988) les pedimos tareas que implican *hacer* cosas (p.ej. "da una sorpresa a tu padre cada vez que..." "te sugerimos que todos los días, durante al menos media hora, hagas..."). Finalmente, a quienes se quejan del problema, pero sin considerar que pueden/deben poner de su parte para resolverlo, les hablamos de *pensar* algo o *fijarse* en algo ("Fíjense en cualquier pequeña señal de que han dado alguno de los pasos que habían descrito"). En definitiva, se trata de hacer sugerencias más directas a quienes parece que van a aceptarlas, y más indirectas a quienes en un momento dado parecen más reacios. En cualquier caso, la sugerencia será más fácilmente aceptada por los clientes si viene precedida de elogios, y si el terapeuta está ajustándose a su lenguaje y a su postura (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

-Hacer la sugerencia más sencilla que sea posible, y el menor número de ellas. Aplicamos aquí una especie de "navaja de Ockham": en caso de duda entre varias tareas, elegiremos la menos complicada.

Una vez pensados los elogios y diseñada la tarea o tareas, el terapeuta vuelve a reunirse con la familia para transmitir el mensaje final, procurando que sea breve y sin dar pie a un nuevo diálogo. Al igual que sucede con el resto de la entrevista, la terapeuta dedica una atención especial a utilizar el lenguaje de la familia: sus expresiones, su giros, etc... Si se va a concertar una nueva entrevista, se hace en ese momento, antes de despedirse. Aunque a veces el equipo propone un determinado plazo hasta la próxima sesión ("...si os parece nos podríamos volver a ver dentro de tres semanas"), es frecuente también que dejemos a la familia la decisión de cuándo volver ("¿Cuándo les parece que tengamos otra entrevista? ¿Dos semanas, tres, cuatro...?").

DESDE LA PRIMERA ENTREVISTA HASTA EL SEGUIMIENTO: EL TRANCURSO DE LA TERAPIA.

Hasta aquí hemos presentado los presupuestos teóricos de la TCS, esbozado sus características generales y descrito tres formas de encauzar una conversación sobre las soluciones. Además, hemos sugerido algunas ideas para diseñar el mensaje que transmitimos a los clientes al final de las entrevistas. A partir de estos elementos trataremos de dar una visión global de como se articula habitualmente el proceso terapéutico, con la esperanza de transmitir al lector una cierta impresión de cómo discurre la terapia desde su inicio hasta su finalización.

La **primera entrevista** se suele ajustar a lo que hemos expuesto en el prólogo. En primer lugar, terapeuta y clientes se presentan, y la terapeuta da una breve explicación de la forma de trabajar (instalaciones y condiciones generales de trabajo). A continuación, pregunta a cada uno de los presentes en qué les puede ayudar. Es importante que cada miembro de la familia pueda expresar qué es lo que le preocupa, ya que los puntos de vista de unos y otros pueden no coincidir. En esta parte inicial, que generalmente no dura más de cinco minutos, no se trata de perfilar con claridad cuál es la queja o las quejas, sino simplemente de asegurarse de que hay algo que preocupa a los clientes y que puede ser abordado terapéuticamente.

Tras esta exposición inicial, la terapeuta suele preguntar por el cambio pretratamiento y lo amplía todo lo posible. Cuando esta línea de trabajo da frutos, puede ocupar la casi totalidad de la primera entrevista, que se cierra trabajando sobre la escala de avance. Si los clientes no identifican ninguna mejoría reciente, la terapeuta opta por

⁸ Es probable que se establezca una relación tipo visitante cuando nuestro interlocutor es alguien que concurre a la sesión en contra de su voluntad: un adolescente al que sus padres "lleven a ver al psicólogo", la persona que participa ante la amenaza de separación de su cónyuge, la persona a la que un tribunal obliga a someterse a terapia... En cualquier caso, la denominación de "visitante" no se refiere a una característica estática del cliente, sino a una relación cambiante, a una situación que se produce en un momento dado y en un contexto determinado.

emplear la proyección al futuro, que se convierte entonces a menudo en el núcleo de la primera sesión. Una vez construídos los objetivos con detalle, las preguntas de escala permitirán definir la situación presente, ofreciendo una segunda oportunidad para detectar excepciones y posibles avances. La sesión termina con una intervención en la que, antes de elogiar y sugerir alguna posible tarea, la terapeuta propone un cierto proyecto de trabajo para el resto de la terapia. En todo momento, el terapeuta trata de emplear el lenguaje y la postura (Fisch, Weakland y Segal, 1984) de los propios clientes:

T.- Bien, he discutido con mis compañeros acerca de lo que Uds. y yo hemos estado hablando aquí. Hay varias cosas que querríamos transmitirles. (Pausa) En primer lugar, querríamos felicitarles por el valor que han demostrado al venir aquí hoy; como Uds. decían, no siempre es fácil "darse el empujón" y venir aquí. Además, nos parece que han venido en un buen momento, ya que por una parte las dificultades que están atravesando suponen para Uds. mucho sufrimiento, mucho dolor (y por tanto es lógico que quieran ponerle fin), pero por la otra están ya empezando a superarlas. De hecho, el que Ud. Pedro considere que la situación está en un 4, y, Ud., María, la vea incluso en un 4.75, nos parece una señal clara de que están haciendo ya un buen trabajo. (Pausa) Pensamos en este sentido que nuestra ayuda aquí puede consistir en seguirles acompañando en el resto del camino que les queda por recorrer, para que terminen de dejar atrás estos problemas. Y, aunque pensamos que esto no va a ser fácil, sino que supondrá bastante trabajo por parte de Uds., también pensamos que hay buenas razones para que estén optimistas. (Pausa) Tal vez la más importante es que como me decían, Uds. han encontrado ya algunas cosas que les ayudan: salir juntos algún día de diario; evitar hablar de los temas "candentes" cuando están enfadados y posponer la discusión para cuando están más serenos; ser más cariñosos cuando les apetece... Les animamos a que sigan en esta línea, poniendo en práctica las cosas que dan resultado. Además, nos ha impresionado la sinceridad con la que son capaces de hablarse aquí, y lo mucho que se quieren. Estamos de acuerdo con Uds. en que el cariño que se tienen es un buen bálsamo para los momentos difíciles. Por eso nos gustaría sugerirles que de aquí a la próxima entrevista que tengamos Uds. se fijen en qué otras cosas descubren que sirven como "bálsamo" para su relación. Nos gustaría además que mantuvieran en secreto estas observaciones, y que las comentáramos aquí el próximo día. ¿Cuándo les parece que nos veamos de nuevo?

Las **sesiones posteriores** a la primera entrevista siguen el mismo patrón: una conversación con los clientes, y un mensaje final antes de terminar la sesión. El tema de conversación lo constituyen las mejorías que se han producido. Para ello, la terapeuta inicia las sesiones preguntando qué cosas van mejor. A partir de aquí, su tarea será ampliar las excepciones y construirlas como algo deliberado, sobre lo que los clientes tienen control. Esto no siempre es fácil, ya que a veces es difícil localizar mejorías en algún aspecto de la situación. De hecho nos gusta decir que, ante informes negativos (del tipo "no hay nada que vaya mejor, qué va, las cosas están muy mal") de los clientes, el terapeuta debe "buscar excepciones desesperadamente" (Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994). Esta búsqueda de excepciones tiene diversas vertientes, desde la introducción de perspectivas múltiples (si el padre y el hijo no perciben mejorías, es posible que sí las vea la madre) hasta el rastreo de temas distintos (aunque las cosas hayan ido mal en casa, tal vez hayan mejorado en el trabajo) o la redefinición de la situación ("¿Cómo es que las cosas no han empeorado, teniendo en cuenta lo adversas que han sido las circunstancias?").

A veces no es posible construir excepciones durante la conversación con los clientes, ya que estos vuelven una y otra vez a hablar de los aspectos problemáticos de su situación: cosas que han empeorado, cosas que no van mejor, cosas que aún no han mejorado lo suficiente o incluso aspectos que, aunque ya superados, siguen siendo dolorosos para ellos. El terapeuta quiere mantener el foco sobre las excepciones, pero no consigue redirigir la sesión, que se convierte en una letanía de quejas, o en una nueva narración de la historia de dolor y sufrimientos. En estos casos, es importante escuchar a los clientes, pero también aprovechar el "aluvión de quejas" para encauzarlo en una dirección terapéutica. Estas son algunas de las posibilidades:

a) Lo más sencillo es simplemente estar atento a lo que cuentan los clientes, y *marcar cualquier excepción que pueda aparecer*, por pequeña que parezca. No se trata de convencer al cliente de que las cosas son mejores de lo que a él le parecen, sino de hacer pequeños subrayados de elementos potencialmente útiles.

b) Otra opción es empatizar con los clientes y emplear "*preguntas de afrontamiento*": "¿Cómo pudiste soportar eso?" "¿Cómo es que no te desmoronaste del todo?" "Cualquiera en tu lugar hubiera tirado la toalla, ¿de dónde sacaste el coraje para, al menos, seguirlo intentando?"

c) También puede ser útil *de-construir* la queja, es decir, introducir dudas en el marco de referencia de los clientes y abrir posibilidades para nuevos cambios (De Shazer y Berg, 1991). Se trata de llevar a cabo una especie de cuestionamiento socrático, en el cual el terapeuta no se opone a los clientes ni intenta convencerles de nada, sino que plantea interrogantes desde dentro del propio encuadre de sus interlocutores.

d) Otra vía para conseguir un efecto parecido es utilizar la *redefinición*. Aquí el terapeuta no se limita a poner en duda los significados que el cliente atribuye a una determinada situación (de-construcción), sino que directamente propone otro encuadre alternativo. Por ejemplo, pregunta por los *beneficios* que para la familia suponen las obsesiones del padre, o define la aparente debilidad de la hija deprimida como una forma sutil pero poderosa de provocación.

e) Las prácticas de *externalización* (White 1988/89; Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994) ofrecen otra línea de trabajo. Se trata aquí de convertir el problema en algo externo a los clientes, para posteriormente movilizar a éstos contra ello: "¿Cómo reaccionan Uds. cuando la inseguridad reclama su sitio y se entromete de nuevo entre Uds. dos?" "O sea que el pipí de Pedro está consiguiendo manchar a toda la familia, y enemistarles a unos con otros ¡qué astuto!". Una vez externalizado el problema, la terapeuta puede retomar el foco sobre las soluciones investigando en qué ocasiones la familia ha derrotado a su enemigo: "¿Qué es lo que sucede cuando Uds. son los que derrotan a la inseguridad? ¿Cuál es la última vez que lucharon, unidos, contra ella?". En cualquier caso, la terapeuta retomará la línea de las excepciones una vez que estas aparezcan con claridad.

Si no es posible retomar la línea de las excepciones y los avances, o simplemente sin con la TCS las cosas no mejoran a las dos o tres sesiones, el terapeuta pasará a actuar desde la parte "problemática" de la situación. Retomando lo expuesto en los apartados introductorios, diríamos que ahora ya no se pretende "aumentar" el área de recursos, sino que se adopta el abordaje complementario, trabajando para reducir el área del problema (Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994). Para ello la terapeuta puede emplear algunas intervenciones mínimas sobre el patrón de la queja, por ejemplo introduciendo alguna pequeña modificación en su frecuencia, duración, modalidad, lugar, etc. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Otra posibilidad es examinar qué conductas de los clientes contribuyen a mantener el problema, y diseñar una intervención que bloquee estos intentos ineficaces y contraproducentes de solución. Nos situamos así ya en una línea de trabajo próxima al modelo de terapia breve desarrollado en el Mental Research Institute, de Palo Alto. (Fisch, Weakland y Segal 1984, Watzlawick, Weakland y Fisch, 1982).

En cualquier caso, y una vez que en la terapia se hayan producido avances, el terapeuta se plantea si los cambios que se han producido son o no suficientes. En caso afirmativo, la terapia puede darse por concluída; en caso negativo, habrá que seguir trabajando. De acuerdo con la filosofía no-normativista de la TCS, la decisión de si una mejoría es o no suficiente (e incluso la decisión de qué es lo que se considera una mejoría) se deja en manos de los clientes, bien preguntándoles directamente ("¿Es este el tipo de cambios que quería conseguir viniendo aquí? ¿Considera que la situación ya ha mejorado lo bastante?"), bien utilizando las escalas de avance como indicador de progreso.

Cuando se han alcanzado los objetivos no es necesaria una sesión "de terminación" diferente de las demás: simplemente se sigue atribuyendo control a los clientes y, eso sí, se les invita a situarse en la posición de co-terapeutas: "¿Qué recomendación darían Uds. a otras parejas que estén en la misma situación problemática en la que Uds. estuvieron en su día y que han superado?" "¿Cuál es la receta para `ganarle a los miedos'? ¿Nos permites que se la expliquemos a otros niños para que aprendan también a ganar a sus miedos?". A menudo pedimos que los clientes contesten a esta pregunta enviándonos una carta que podamos entregar a otros clientes. Si los clientes lo consideran útil, concertamos también una entrevista de seguimiento, seis meses o un año después de la última sesión. En caso contrario, hacemos el seguimiento por teléfono o mediante un cuestionario.

EL DESARROLLO DE LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

En los últimos años este enfoque de terapia breve se ha propagado de forma espectacular no sólo en Estados Unidos, sino también en el Extremo Oriente y sobre todo en Europa. Además, se están abriendo numerosos campos de aplicación de la TCS tanto dentro como fuera del ámbito de la psicoterapia. Así, se han publicado trabajos sobre el abordaje desde la TCS de problemas como el alcoholismo (Berg y Miller, 1992), la violencia familiar (Lipchik y Kubicki, 1996), la esquizofrenia (Eakes, Walsh, Markowski, Cain y Swanson, 1997) o el abuso sexual (Dolan 1991); y se han desarrollado interesantes experiencias de aplicación a contextos no-clínicos como la orientación escolar (Durrant, 1995; Murphy, 1996; Rhodes y Ajmal, 1995), el consulting organizacional (Koeck, 1998) o el trabajo social (Berg, 1994; Sundman, 1997).

A nuestro entender, las líneas por las que está evolucionando la TCS son las siguientes:

- La propagación del enfoque. Esta propagación se da también entre profesionales que, sin compartir muchas de las premisas teóricas del modelo, se ven sin embargo obligados a recurrir a técnicas de terapia breve a fin de ajustar la duración de sus terapias a las exigencias cada vez más imperiosas del mercado. Este fenómeno se

observa sobre todo en Estados Unidos, donde la presión de las organizaciones proveedoras de asistencia en salud mental (HMO) está obligando a un número creciente de terapeutas a inclinarse hacia las terapias breves -y en especial la TCS- incluso en contra de su criterio. Este fenómeno desafortunado da lugar, lógicamente, a considerables complicaciones y en muchos casos pervierte la naturaleza de la TCS (Lipchik, 1994).

- La aplicación del enfoque a problemas o patologías específicas. Ello plantea algunas dificultades teóricas, por cuanto implica reconocer que cierto *tipo* de problemas puede requerir tipos de soluciones específicas, planteamiento habitual en psicoterapia, pero que se compagina mal con el espíritu anormativo de la TCS. De hecho, la mayoría de los escritos en esta línea comienzan constatando que la TCS aplicada a ese tipo de problemas no es en realidad muy diferente de la TCS en general.

-El trabajo en formatos nuevos, y en especial en formato grupal (Eakes, Walsh, Markowski, Cain y Swanson, 1997; Kuhn, 1998; Murphy, 1996; Selekmán, 1996), donde técnicas como las preguntas de escala parecen resultar especialmente útiles para crear "grupos centrados en las soluciones".

-La aplicación de la TCS a contextos no clínicos. La flexibilidad del modelo permite que se utilice tanto para remodelar el funcionamiento de un hospital psiquiátrico (Vaughn, Young, Webster y Thomas, 1996) como para hacer consultoría en una empresa (Koeck, 1998), intervenir como trabajador social (Berg, 1994; Sundman, 1997) o hacer orientación escolar (Durrant, 1995; Murphy, 1996; Rhodes y Ajmal, 1995). En todos estos contextos, el énfasis de la TCS sobre los aspectos no patológicos, sobre los recursos y la colaboración la hace una herramienta útil y sencilla de usar. El carácter formal del modelo, que no prejuzga qué contenidos trabajar y por tanto permite aplicarlo a temas y situaciones muy diversas, aumenta también su aplicabilidad.

- La integración con otras técnicas y estrategias del campo de las terapias sistémicas breves (Beyebach y Rodríguez-Morejón, 1998; O'Hanlon y Cade, 1997). En este sentido, la simplicidad teórica de la TCS facilita su empleo como un marco global dentro del cual integrar técnicas diversas como la interrupción de patrones problemáticos, la externalización, las preguntas circulares o ciertas prácticas de hipnosis.

- La organización de los profesionales que emplean este modelo de terapia. Así, en 1996 se creó la European Brief Therapy Association, con sede en París, que agrupa a más de un centenar de terapeutas y celebra reuniones científicas cada seis meses. En 1997 se creó también una lista de discusión en INTERNET (SFT-L@MAELSTROM.STJOHNS.EDU), que proporciona un excelente foro de discusión y debate.

- La potenciación de la investigación, que se ha convertido en una preocupación prioritaria para los fundadores del modelo y se ha incorporado a las actividades de la E.B.T.A. Dedicaremos el siguiente apartado a este tema.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

Aunque son aún pocos los estudios que han examinado la TCS desde un punto de vista empírico, es igualmente cierto que cada día aumenta el número de investigaciones de las que disponemos acerca del resultado y el proceso de esta particular modalidad terapéutica (Adams, Piercy y Jurich, 1991; Beyebach, 1993; Beyebach, Arribas, Rodríguez Sánchez, Herrero de Vega y Rodríguez Morejón, 1997; Beyebach, Rodríguez Morejón, Palenzuela y Rodríguez-Arias, 1996; Burr, 1993; De Jong y Hopwood, 1996; Lindfors y Magnusson, 1997; McDonald, 1995 y 1997; Rodríguez-Arias, Fontecilla y Ramos, 1993; Kiser, 1988; Nunnally, 1990; Pérez Grande, 1990; Rodríguez-Morejón, 1994). A medida que este enfoque terapéutico se va popularizando, aumenta también el esfuerzo investigador que se le dedica, y van siendo más matizadas las preguntas a las que la investigación trata de responder.

Sin entrar a exponer en detalle la literatura existente, nos limitaremos a ofrecer nuestras propias conclusiones a partir de un examen detallado del conjunto de investigaciones que en este momento existen. De todas formas, los problemas metodológicos que presentan la mayoría de los estudios realizados (muestras pequeñas, ausencia de grupos de control, descripción insuficiente de la muestra, instrumentos de medida poco sensibles...), obligan a tomar estas conclusiones con mucha precaución.

a) La TCS parece eficaz en un considerable porcentaje de los casos en los que se emplea: tanto en estudios americanos (De Jong & Hopwood, 1996; Kiser, 1988) como españoles (Beyebach y cols., 1997; Rodríguez-Arias y cols., 1993) y europeos en general (Burr, 1993; Mc Donald, 1995, 1997; Riikonen, 1995), en torno a tres cuartas partes de los clientes tratados con esta modalidad de terapia informaron en el seguimiento que el problema por el que consultaron se había resuelto del todo, o que había mejorado de forma significativa. De todos modos, dos estudios han detectado también que algunos clientes empeoran durante la terapia; tanto en el estudio de

McDonald (1995, 1997) como en el de De Jong y Hopwood (1996) se informa del empeoramiento del 9% de los casos, una cifra de deterioro que está en la línea de los estudios sobre psicoterapia en general.

b) La tasa de recaídas tras la terapia es muy pequeña, y no supera el 10% de los casos tratados con éxito (Beyebach y cols., 1997). Además, rara vez aparecen problemas nuevos tras la terapia, por lo que puede descartarse que se produzca una "sustitución de síntomas". Es más, el efecto es más bien el contrario: en un considerable porcentaje de los casos se informa, en el seguimiento, de que tras la terminación de la terapia se han producido cambios nuevos y otras mejorías. Por tanto, empieza a haber apoyo empírico a la idea de que los cambios producidos durante la TCS se mantienen e incluso tienden a ampliarse, en lo que desde el punto de vista teórico se había descrito como "efecto bola de nieve". En otras palabras, la investigación parece apoyar la idea de que la TCS es capaz de producir cambios estables y duraderos, que además tenderían a generalizarse a otras áreas en la vida de los clientes.

c) Los datos sobre la duración real de la TCS confirman que es un tratamiento breve, con una media de sesiones que oscila entre el 2.9 detectado en el BFTC de Milwaukee (De Jong y Hopwood, 1996) y las 5 sesiones en el estudio de Cantabria (Rodríguez-Arias y cols., 1993). Al menos el 70% de las terapias dura 5 o menos sesiones (Beyebach y cols., 1997; De Jong y Hopwood, 1996). Estos datos apoyan la *eficiencia* de esta modalidad de terapia familiar breve: no sólo se trata de un tratamiento eficaz en muchos casos, sino que consigue estos resultados con un bajo coste (temporal, económico, emocional...).

d) Curiosamente, y junto con la brevedad de la terapia, en los tres estudios en los que se ha examinado esta cuestión aparece una asociación entre un mayor número de sesiones y un mejor resultado terapéutico, de suerte que las terapias exitosas tienden a ser algo más largas que las no exitosas (Beyebach y cols., 1997; De Jong y Hopwood, 1996; Kiser, 1988). Obviamente la dirección de la causalidad puede ir en los dos sentidos. Así, se podría explicar esta asociación pensando simplemente que los casos no exitosos tienden a seguir menos tiempo en terapia porque consideran que ésta no les ayuda, mientras que los casos que sí son exitosos tenderían a seguir yendo a las sesiones porque les encuentran utilidad. La explicación alternativa sería que es precisamente el tener alguna sesión más -dentro de la brevedad del tratamiento- lo que hace que los resultados terapéuticos sean mejores.

e) Los estudios realizados no encuentran diferencias en el éxito de la terapia en base a variables como el tipo de problema, su cronicidad, la clase social de los clientes, ni el sexo de los clientes o terapeutas. Además, la terapia centrada en soluciones parece aplicable a un amplio espectro de problemas psicológicos, habiéndose utilizado en una gran variedad de situaciones clínicas y de contextos de intervención. No existirían, por tanto, contraindicaciones específicas para este tipo de terapia. La ventaja que ello supone es la gran aplicabilidad del modelo, y su potencialidad en situaciones muy diversas. La otra cara de la moneda es que no podemos predecir qué casos se pueden beneficiar más de este tipo de tratamiento... ni cuáles están abocados al fracaso. En otras palabras, los datos de los que disponemos no permiten identificar a priori "tipos" de problemas, familias o clientes que sean más susceptibles de fracasar en este tipo de terapia.

La única excepción a estos resultados es el estudio realizado en Salamanca, en el que curiosamente se detecta una mayor tasa de éxito a término en los casos con queja "personal" (ansiedad, depresión, adicciones) que en los de quejas "relacional" (problemas padres/hijos, problemas en niños, problemas de pareja) (Beyebach y cols., 1997). Aunque esta diferencia no se mantiene en el seguimiento, es un dato interesante que sin duda merece un estudio más detallado.

f) El estudio de Salamanca es también el único que examina la influencia que el grado de formación de los terapeutas pudiera suponer sobre el resultado de la terapia (Beyebach y cols., 1997). El hecho de que no se registren diferencias significativas entre terapeutas expertos y novatos ni en el éxito ni en la duración de la terapia parece sugerir que la TCS es, tal y como suele considerarse, un método terapéutico relativamente sencillo de aprender, y que no requiere una extensa formación para ser aplicado de forma exitosa.

e) Algunos de los estudios sugieren que los clientes que abandonan la terapia de modo unilateral tienden a obtener un menor éxito terapéutico que los que terminan de acuerdo con su terapeuta (Beyebach, 1993; Beyebach y cols., 1997; McDonald, 1997). Aunque desde el punto de vista teórico en TCS no se da ninguna importancia al modo de terminación de la terapia (que se considera básicamente una decisión que toma el cliente, de una u otra manera), estos datos sugieren que tal vez sí valga la pena investigar algo más la cuestión del abandono, y no asumir a priori que los clientes que abandonan simplemente ya han obtenido toda la ayuda que querían o necesitaban obtener.

e) También disponemos de algunos datos respecto a los factores terapéuticos que inciden positivamente en la terapia:

-INTRODUCCION A LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES-

-La existencia de cambio pretratamiento aparece en un estudio como buen predictor del resultado final del tratamiento, multiplicando por cuatro las probabilidades de éxito (Rodríguez Morejón, 1994), aunque en otro trabajo posterior no aparezca tan clara su relación con el resultado terapéutico (Beyebach y cols., 1997).

-La negociación de objetivos en primera sesión parece también un factor importante que multiplica por dos las probabilidades de éxito al final del tratamiento (Rodríguez Morejón, 1994), aunque parece discutible hasta qué punto las características de estos objetivos (ser objetivos "en positivo", estar descritos de modo conductual) son realmente tan relevantes como plantea la teoría (McDonald, 1995, 1997; Pérez Grande, 1990).

-En otro orden de cosas, el estudio de Beyebach (1993) apoya la conveniencia de que el terapeuta centrado en las soluciones mantenga una postura de colaboración con sus clientes, evitando la confrontación con ellos y buscando el acuerdo y el apoyo de sus lados fuertes.

En resumen, las investigaciones que se han realizado hasta la fecha acerca de la TCS parecen apoyar la idea de que se trata de un tratamiento breve y eficaz, que produce cambios duraderos y además es aplicable a una variedad de problemas por parte de profesionales que no necesitan una formación extensa para aplicar el modelo. A nuestro juicio, estas cuatro características (brevedad, eficacia, aplicabilidad y diseminabilidad) hacen a la TCS merecedora de ser incluida en estudios controlados sobre la eficacia de la psicoterapia, tal y como se está empezando a plantear en algunos países de nuestro entorno.

RESUMEN

Hemos reseñado en esta presentación algunas de las características definitorias de la Terapia Centrada en Soluciones. Hemos expuestos sus presupuestos teóricos fundamentales, que giran en torno al constructivismo y a la noción de que en terapia se trata, ante todo, de ayudar a nuestros clientes a que movilicen sus propios recursos. A fin de mostrar de qué forma esta filosofía puede trasladarse a la práctica clínica, hemos dado una visión global del proceso terapéutico y ofrecido una descripción detallada de algunas prácticas de conversación que nos permiten centrar la terapia sobre las soluciones. También hemos hecho algunas sugerencias sobre cómo estructurar la intervención final tras la entrevista, y hemos dado una descripción del transcurso de la terapia después de la primera sesión. Finalmente, hemos recogido algunas de las implicaciones que a nuestro modo de ver tienen los datos que la investigación empírica sobre TCS está generando.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, J.F., Piercy F.P. Y Jurich J.A. (1991). Effects of Solution Focused Therapy's "Formula First Session Task" on compliance and outcome in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 277-290.
- Bandura, A. y Schunk, D. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598.
- Berg I.K. y Miller S.C. (1992). *Working with the problem drinker. A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Beyebach, M. (1993). *Relación terapéutica y abandono en terapia sistémica breve*. Tesis doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Beyebach, M. (1995a). Avances en terapia sistémica breve. En (Navarro J. y Beyebach M., comps.). *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (1995b). Técnicas de trabajo en equipo. En (Navarro J. y Beyebach M., comps.). *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach M., Arribas de Miguel J., Rodríguez Sánchez M.S, Herrero de Vega M. y Rodríguez Morejón A. (1997). *Resultados de la Terapia Familiar Breve*. Comunicación presentada al Congreso Europeo de Terapia Familiar, Barcelona, Noviembre 1997.
- Beyebach, M., Macías Sánchez, P., Abad López A.M., Arribas de Migués, F.J., Díez Méndez, A.B., Pérez Mateos, I y Rodríguez Morejón, A. *El impacto de la supervisión en vivo sobre la conducta de los terapeutas en formación*. Comunicación presentada a las XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar, Vitoria, Noviembre 1994.
- Beyebach, M. y Rodríguez Morejón, A. (1994). La proyección al futuro como técnica de negociación de objetivos en terapia familiar. *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 8, 37-55.
- Beyebach, M. y Rodríguez Morejón, A. (1994b). *Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas*. Taller presentado a las XIV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar, Vitoria.
- Beyebach, M. y Rodríguez Morejón, A. (1998). Some thoughts on integration in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies* (aceptado para publicación).
- Beyebach M., Rodríguez Morejón A., Palenzuela D.L. y Rodríguez-Arias J.L. (1996). Research on the process of solution-focused therapy. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B.L. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Burr, W. (1993). Eine Evaluation lösungsorientierter Kurztherapie. *Familiendynamik*, 18 (1), 11-21.
- De Jong, P. y Hopwood L.E. (1996). Outcome research on treatment conducted at the Brief Family Therapy Center, 1992-1993. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy: foundations, applications, and research..* San Francisco: Jossey-Bass.
- De Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- De Shazer, S. y Berg, I.K. (1991). Haciendo terapia: una revisión post-estructural. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 17-30.
- De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- Dolan, I. (1991). *Resolving sexual abuse*. New York: Norton.

-INTRODUCCION A LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES-

- Durrant M. (1995). *Creative strategies for school problems. Solutions for psychologists and teachers*. New York: Norton.
- Eakes G., Walsh S., Markowski M., Cain, H. y Swanson, M. (1997). Family centered solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study. *Journal of Family Therapy*, 19, p. 145-158.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, I. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fontecilla, G., Ramos M.M. y Rodríguez-Arias, J.L. (1993, November). *Evaluación de resultados en terapia familiar breve*. Comunicación presentada a las XIV Jornadas de Terapia Familiar, Santiago de Compostela.
- Frank D.J. (1985). Components shared by all psychotherapies. En (M.J. Mahoney y A. Freeman, eds) *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum.
- Furman, B y Ahola T. (1992). *Solution talk. Hosting therapeutic conversations*. New York: Norton.
- Gergen, K (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gutiérrez E. (1996). *Terapia familiar y esquizofrenia*. Seminario impartido en el Master Universitario de Formación de Terapeutas Sistémicos. Salamanca.
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: an art of lenses. *Family Process*, 29, 1-13.
- Kiser, D. (1988). *A follow-up study conducted at the Brief Family Therapy Center*. Manuscrito no publicado.
- Koeck, P. (1998). Lösungsorientiertes Management -Ein neuer Ansatz in Wirtschaftsunternehmen. En (W. Eberling y M. Vogt-Hillman, eds.) *Kurzgefasst. Zum Stand der lösungsorientierten Praxis in Europa*. Dortmund (Alemania): Borgmann.
- Kral, R. y Kowalski, K. (1989). After the miracle: the second stage in solution focused brief therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8, 73-76.
- Kuhn E. (1998). Lösungsorientierte Gruppentherapie mit schizophrenen Patienten. En (W. Eberling y M. Vogt-Hillman, eds.) *Kurzgefasst. Zum Stand der lösungsorientierten Praxis in Europa*. Dortmund (Alemania): Borgmann.
- Lichtenberg J.W. y Barke, K.H. (1981). Investigation of transactional communication relationship patterns in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 471-480.
- Lipchik, E (1994). The rush to be brief. *The Family Therapy Networker*, march/april, 34-39.
- Lipchik E. y Kubicki A.D. (1996). Solution-focused domestic violence views: bridges toward a new reality in couples therapy. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy: foundations, applications, and research..* San Francisco: Jossey-Bass.
- MacDonald A. (1995). Brief therapy in adult psychiatry. *Journal of Family Therapy*, 16, p. 415-426.
- MacDonald A. (1997). Brief therapy in adult psychiatry -further outcomes. *Journal of Family Therapy*, 19, p. 213-222.
- Miller, G. y de Shazer, S (en prensa). Solution-focused therapy as a rumor. *Family Process*. Manuscrito aceptado para su publicación.
- Murphy J.J. (1996). Solution-focused brief therapy in the school. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy: foundations, applications, and research..* San Francisco: Jossey-Bass.
- Nunnally (1990) *Follow-up study of clients seen at the Brief Family Therapy Center, Milwaukee*. Manuscrito no publicado.
- O'Hanlon W.H. (1995). The third wave. *The Family Therapy Networker*, Nov./Dec., 18-29.

- O'Hanlon W.H. y Cade B.. (1996). *Guía breve de terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- O'Hanlon Hudson P. y Hudson O'Hanlon W. (1991). *Rewriting Love Stories*. New York: Norton.
- O'Hanlon W.H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En Busca De Soluciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Perez Grande, M.D. (1990). *Resultados terapéuticos en un modelo de terapia sistémica breve*. Tesis Doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Rhodes J. y Ajmal, Y. (1995). *Solution focused thinking in schools*. London: BT Press.
- Rodriguez Morejon A. (1994). Un modelo de agencia humana para analizar el cambio en psicoterapia. Las Expectativas de Control Percibido en terapia sistémica breve. Tesis Doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Rodriguez Morejon A. y Beyebach M. (1994). Terapia Sistémica Breve: trabajando con los recursos de las personas. En (Garrido M. y García J., comps.). *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Rodriguez Morejon A., Palenzuela D.L. y Beyebach M. (1995). Un modelo cognitivo para analizar el cambio intrapersonal en terapia familiar sistémica. Manuscrito aceptado para publicación.
- Rodriguez-Arias J.L., Fontecilla G. y Ramos M. (1993). *Evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve*. Comunicación presentada a las XIV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar. Santiago de Compostela.
- Riikonen, E (1995). Comunicación personal.
- Selekman M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Paidós.
- Sundman P. (1997). Solution-focused ideas in social work. *Journal of Family Therapy*, 19, p. 159-172.
- Talmon M. (1990). *Single Session Therapy. Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tomm, K.(1994). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En (Michael White), *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Tomm, K. (1988). La entrevista como intervención. Parte I, II y III. En (Beyebach, M. y Rodríguez-Arias, J.L., comps.), *Terapia Familiar. Lecturas I*. Salamanca: Kadmos.
- Vaughn, K, Young B.C., Webster, D.C., y Thomas M.R. (1996). Solution-focused work in the hospital: A continuum-of-care model for inpatient psychiatric treatment. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B.L. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Walter J.L. y Peller J.E. (1996). Rethinking our assumptions: assuming anew in a postmodern world. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B.L. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Watzlawick P. (1984) *¿Es real la realidad?* Barcelona: Herder.
- Watzlawick P. (1992). Terapia Breve. Seminario impartido en la Universidad Pontificia de Salamanca.
- Watzlawick P., Beavin J.H. y Jackson D.D. (1967). *Pragmatics Of Human Communication*. New York: Norton.
- Watzlawick P., Weakland J.H.y Fisch R. (1982). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Weiner-Davis, M., De Shazer S. y Gingerich W.J. (1988). desarrollo del cambio pretratamiento para construir la solución terapéutica: un estudio exploratorio. en (beyebach, m. y rodríguez-arias, j.l., comps.), *Terapia Familiar. Lecturas I*. Salamanca: Kadmos.

-INTRODUCCION A LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES-

White, M. (1988/89). The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships. *Dulwich Centre Newsletter*, 3-20.