



LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN LA SOLUCIONES

MARGARITA HERRERO DE VEGA

DOCTORA EN PSICOLOGÍA. PROFESORA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA



“Como terapeutas tenemos un deber muy claro. Primero, conseguir claridad en nosotros mismos; y buscar luego cualquier señal de claridad en los demás y apoyarles y reforzarles en todo lo que haya de sano en ellos”

Gregory Bateson, 1972

La Terapia Familiar nació en Estados Unidos y Europa en los años sesenta del siglo XX. Pretendía explicar cómo las relaciones entre los miembros de la familia influían en la patología del paciente. Este fue el inicio de un importante giro en el mundo de la psicoterapia, se dejó de pensar en términos intrapsíquicos y comenzó un interés por lo interaccional y relacional. Esta nueva forma de pensar sobre qué es lo que provocaba un problema tuvo como consecuencia cambios en la forma de intervenir, es decir, se empezaron también a desarrollar nuevas técnicas orientadas a cambiar dicha interacción.

A comienzos de los años 80, en el contexto del interés sistémico por las interacciones y las relaciones, dos terapeutas, Steve de Shazer y su mujer Insoo Kim Berg, crearon en Milwaukee el BFTC (Centro de Terapia Familiar Breve, Milwaukee). Estos terapeutas pasaron del enfoque centrado en los problemas a un mayor énfasis en lo que funcionaba en cada caso a fin de señalar y amplificar estas secuencias de solución (de Shazer, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis 1986; de Shazer, 1988) A este modelo de terapia desarrollado en el BFTC se le llamó Terapia Breve Centrada en las Soluciones.

Este enfoque terapéutico centrado en las soluciones mantiene que no hay que saber mucho sobre la naturaleza de los problemas para resolverlos, que los clientes realmente quieren cambiar, y que tienen recursos propios para hacerlo (de Shazer, 1988).

En la TCS el objetivo terapéutico consiste en, una vez explicitadas las metas terapéuticas mediante la pro-

yección al futuro, recoger la mayor información posible sobre las excepciones (momentos en los que debería aparecer el problema y por el contrario no aparece), ampliarlas y atribuir la responsabilidad del logro a los clientes, de manera que sean capaces de repetirlos y que el problema desaparezca. Entienden por tanto que el cambio se produce como resultado de la entrevista terapéutica, lo que significa que la sesión se dedica a generar soluciones, es decir, cambios perceptivos y conductuales que elaboran conjuntamente los clientes y el terapeuta con el fin de mejorar la forma de superar el problema.

Al igual que en cualquier otro modelo de terapia, en la TCS pueden distinguirse, por una parte, ciertas premisas teóricas y por otra, determinadas técnicas y procedimientos que traducen estas premisas a la práctica terapéutica.

Al hablar de premisas nos estamos refiriendo a los supuestos teóricos que un terapeuta adopta cuando trabaja en psicoterapia. Estas premisas configuran desde qué punto de vista decidimos describir o explicar algunos fenómenos. Partimos de estos presupuestos teóricos porque son los que más se ajustan a nuestras preferencias éticas y a las características (posibilidades y limitaciones) del contexto en el que trabajamos.

PREMISAS

Punto de vista Constructivista

Adoptar un punto de vista constructivista supone que la realidad es algo que básicamente creamos y negociamos nosotros mismos mediante el uso del lenguaje,

es decir, se considera que no existe un conocimiento realmente verdadero de las cosas, solamente un conocimiento idóneo, o bien un conocimiento instrumental que nos permite administrar la realidad con la cual interactuamos. Se pueden tener percepciones y opiniones muy diversas de la realidad, y sobre la base de cada una de éstas, las reacciones de las personas cambian (Nardone y Watzlawick, 1990).

El hecho de adoptar un punto de vista constructivista no sólo es un planteamiento epistemológico, sino que conlleva implicaciones a nivel clínico. Por un lado un terapeuta constructivista contribuye de manera más activa a co-construir una realidad más positiva para los clientes mediante el uso del lenguaje, sin necesidad de tratar de evaluar o diagnosticar previamente cómo “son realmente” las cosas. Por otro lado, la forma de conceptualizar los problemas también es diferente, desde este punto de vista, lo que constituye un problema es sobre todo la construcción que los clientes hacen de una realidad dada.

La premisa constructivista nos lleva a asumir un punto de vista no-normativo, es decir, a rechazar un modelo de normalidad y a aceptar que hay muchas maneras de actuar, de comportarse, en definitiva de vivir en pareja, familia o con uno mismo (Beyebach, 2005). Por lo tanto, rechaza también la idea de que haya un único patrón de funcionalidad o normalidad y mantiene la creencia de que cada persona es única e irrepetible. Desde este punto de vista, la función del terapeuta no es tratar de adaptar a sus clientes a un patrón preestablecido de funcionalidad, sino de ayudarles a que alcancen sus propias metas y objetivos.

Punto de vista contextual y relacional

Adoptar un punto de vista contextual y relacional consiste en tratar de entender los comportamientos humanos en relación a su contexto más amplio y al modo en que interactuamos con los demás.

Asumir esta premisa implica ampliar el foco de lo intrapsíquico a lo inter-personal. Esta nueva visión puede ayudar a modificar nuestra comprensión de las conductas que son consideradas problemáticas.

Admitir este punto de vista significa también aprovechar y contar con un número mayor de recursos. No sólo interesa intervenir sobre el individuo, sino que las personas cercanas a él, el contexto en el que vive y los profesionales relacionados (profesores, compañeros de trabajo...) se convierten en parte importante tanto para ayudar a comprender el “problema” como para poder generar la “solución”.

Punto de vista Centrado en las Soluciones

El punto de vista centrado en las soluciones es lógicamente el aspecto distintivo del modelo terapéutico

SE PUEDE ENTENDER LA TERAPIA COMO UN ESPACIO DONDE OCURRE UNA CONVERSACIÓN ORIENTADA A PROVOCAR CAMBIO O SIMPLEMENTE COMO “CONVERSACIÓN DE CAMBIO”

desarrollado en el BFTC de Milwaukee. Lo novedoso es el énfasis que pone en identificar lo que funciona a fin de identificar y amplificar estas secuencias de solución (de Shazer, 1982, 1985).

El punto de vista centrado en las soluciones implica adoptar la creencia de que todas las personas disponen de los recursos necesarios para solucionar sus problemas, aunque tal vez no hayan encontrado aún la forma de activarlos. Esta creencia comporta que el terapeuta se centre en potenciar y aumentar las soluciones, es decir, en lo que va bien, en lo que sí funciona. Para ello ponen un especial énfasis en el trabajo con las excepciones (momentos en los que se espera que ocurra el problema y éste no aparece).

Lo particular de este trabajo es que fomenta los recursos de las personas hasta que el problema deja de ser tal, por lo que podemos considerar el Modelo Centrado en las Soluciones como un método de intervención principalmente orientado al cambio; un cambio que, desde esta perspectiva, se considera constante e inevitable (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Lipchik, 2002), es decir, se considera que las situaciones (problemas) de las personas siempre están cambiando y encuentra que en todo caso lo que no cambia sería la forma de ver la situación.

Además de sostener que el cambio es constante e inevitable se defiende que igualmente es contagioso y que un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema. De la misma forma un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Punto de vista Centrado en la Cooperación y en el Consultante

Desde este punto de vista, se entiende la relación terapéutica como una relación de respeto, entendiendo el respeto como una posición de mayor igualdad entre terapeuta y cliente.

En esta nueva manera de entender la relación terapéutica se da prioridad a los objetivos de los consultantes, es decir, son ellos los que marcan sus propias metas; mientras que la misión del terapeuta en este proceso es hacer de intermediario o facilitador para que finalmente las alcancen.



LAS TÉCNICAS QUE SE PROPONEN DESDE EL MODELO CENTRADO EN LAS SOLUCIONES PARA PROMOVER EL CAMBIO SON: LA NEGOCIACIÓN DE LOS OBJETIVOS; EL TRABAJO CON EXCEPCIONES Y LA PREGUNTA DE ESCALA

Para una mejor cooperación con los consultantes, los terapeutas adoptan una postura de expectación, o “ir por detrás” (Berg, 1994), que hace que los terapeutas aprendan constantemente cosas nuevas sobre cómo trabajar y ayudar a los clientes. Entienden las posibles dificultades que puedan poner los consultantes, no como “resistencia” sino como una forma de enseñar a los terapeutas cuál es su estilo, cómo prefieren cooperar, es decir, si los terapeutas están atentos a la postura de los clientes, a sus creencias, a sus objetivos y se escucha a los clientes entendiendo que son ellos los “expertos” en su propia vida, puede que sea más fácil encontrar las claves necesarias para que ellos mejoren.

Que los terapeutas usen el mismo lenguaje que los consultantes ayuda a una mejor cooperación. Puesto que las personas utilizamos ciertas expresiones únicas para reflejar nuestras experiencias, creemos que el que los terapeutas adopten las expresiones de los clientes para devolverles mensajes, resumirles lo que han dicho, etc., hará que se sientan más escuchados, más comprendidos y que perciban que se identifican mejor con su experiencia.

TÉCNICAS

Toda terapia, en un sentido muy amplio, está pensada para producir cambio. Los consultantes llegan a terapia donde, mediante un proceso de interacción con el terapeuta, describen su problema esperando que éste les ayude a resolver su situación. Por tanto, se puede entender la terapia como un espacio donde ocurre una conversación orientada a provocar cambio o simplemente como “conversación de cambio” (de Shazer, 1994). Las técnicas que se proponen desde el modelo Centrado en las Soluciones para promover el cambio son:

- 1.- La Negociación de los objetivos
- 2.- El Trabajo con Excepciones
- 3.- La Pregunta de Escala.

1.- La Negociación de los Objetivos

La finalidad de la Negociación de Objetivos en la TCS es tener claro qué objetivos se quieren conseguir en terapia. Este aspecto sirve de señal para que tanto el terapeuta como los clientes sepan cuándo el problema está resuelto. Además es una forma de saber hacia dónde caminamos en el proceso terapéutico.

Para este propósito la técnica más utilizada es la proyección al futuro. Permite a los clientes ver su problema desde una nueva perspectiva. Se les invita a que imaginen un futuro sin el problema, donde puedan expresar sus deseos o anhelos, de manera que el ambiente que se crea es tan ilusionante y grato que los consultantes de alguna forma deseen alcanzar ese futuro.

La *Pregunta Milagro* es la técnica que más se utiliza para realizar una proyección al futuro, y uno de los principales componentes de la Terapia Centrada en las Soluciones.

Cuadro 1 La formulación de la Pregunta Milagro

“Imaginen 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?”

En realidad no es sólo una pregunta sino una secuencia de preguntas que ayuda al terapeuta a transformar los objetivos de los consultantes en objetivos bien formados, ya que habitualmente cuando los consultantes llegan a terapia no nos dan una descripción de sus objetivos en estos términos, más bien los definen en negativo, o inalcanzables. Generalmente todos los consultantes tienen muy claro qué es lo que quieren que deje de ocurrir, pero sin una visión de lo que quieren que ocurra en su lugar.

Una Pregunta Milagro bien trabajada supone con frecuencia un impulso decisivo para la rápida culminación de la terapia.

Cuadro 2 Características de los objetivos bien formados. (Beyebach, 2005)

- Relevantes para los clientes
- Pequeños
- Descritos en *términos conductuales*, concretos
- Descritos como “*empezar algo*” más que “*terminar algo/dejar algo*”
- Descritos como “*presencia de algo*” en vez de “*ausencia de algo*”
- Descritos en su contexto *interaccional*
- Que los clientes perciban que conseguirlos implica “*trabajo duro*”
- Alcanzables

Cuadro 3. Preguntas para construir objetivos bien formados en Pregunta Milagro (Beyebach, 2005).

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 a reaccionar usted cuando él...? ¿cómo va a responder él cuando usted...?
...si se agota un “tema”	¿qué más va a cambiar?

2.- El Trabajo con Excepciones

Podemos definir “excepciones” como aquellas ocasiones en las que se espera que aparezca el problema y éste no se da (de Shazer y cols, 1986) o cualquier avance hacia la consecución de los objetivos terapéuticos. Lo característico de la Terapia Centrada en las Soluciones es la creencia de que las excepciones ya se dan antes de comenzar la terapia, lo cual lleva a hablar de “*cambio pre-tratamiento*” (Weiner-Davis, de Shazer

y Gingerich, 1987), que sería las mejorías que ocurren desde la llamada para concertar una cita hasta el momento en que se inicia la terapia, también se distinguen las mejorías que aparecen una vez iniciada la terapia, que llamaríamos “*avances o cambios terapéuticos*”.

Podemos describir varios pasos para trabajar con las excepciones (de Shazer, 1991; Beyebach, 1999):

Elicitar: Elicitar una excepción significa “dar pie” a que se hable de las excepciones, de aquellas ocasiones, por muy insignificantes que sean, en que las cosas van bien, o menos mal. A veces son los propios clientes quienes informan espontáneamente sobre estos avances, en ocasiones abiertamente y otras veces mientras explican parte del problema. Sin embargo, cuando esto no ocurre, el terapeuta se vale de algunas preguntas que pueden ayudar a promover una conversación centrada en lo que va bien.

Marcar: Una vez identificada la excepción, se llama la atención de los consultantes sobre ella. El terapeuta hace notar esa diferencia.

Ampliar: Una vez encontrada y marcada la excepción, el trabajo del terapeuta consiste en hablar de ella el máximo tiempo posible. En construir o re-construir la historia con todo lujo de detalles. Al igual que en la “Pregunta Milagro”, nos interesa tener una ampliación de la historia descrita en términos conductuales, en positivo, interaccionales, etc. y el terapeuta puede valerse de las mismas preguntas que en la técnica anterior para ir transformando la descripción de los consultantes.

Atribuir control: Es el aspecto que más interés tiene en el trabajo con las excepciones. Consiste en ayudar a los consultantes a que tengan control sobre la excepción, es decir, que lleguen a saber qué fue lo que ellos hicieron para que la excepción tuviese lugar. Fortalece los recursos de los clientes y les permite aumentar la frecuencia en que se da la excepción. Podemos decir que los clientes habrían encontrado la “receta” que les puede ayudar a poner fin a sus dificultades. En términos más cognitivos, diríamos que habremos promovido un locus de control más interno (Rodríguez Morejón, Palenzuela y Rodríguez-Arias, 1996).

Seguir: Cuando el terapeuta ha identificado la excepción, la ha marcado y ha ayudado a los clientes a atribuirse control, el siguiente paso a seguir en el trabajo con las excepciones consiste en volver a elicitar otra nueva excepción. La pregunta más utilizada para seguir trabajando las excepciones es tan simple como “¿qué más?”, “¿qué más está yendo mejor?”, “¿en qué otras ocasiones ha ocurrido el milagro?”, etc. Una vez identificada otra excepción se vuelve a



marcar, ampliar y atribuir control, así sucesivamente hasta que los consultantes informan de que ya no hay nada más que haya ido bien.

3.- La Pregunta de Escala

Existe otra pregunta muy útil para elicitación de excepciones y para buscar objetivos terapéuticos, la Pregunta de Escala. La utilización de escalas no es algo exclusivo del modelo de Terapia Centrada en las Soluciones, ya que en terapia familiar es habitual utilizar las escalas para “medir” la gravedad del problema, obteniendo información complementaria para establecer la línea-base del problema, así como disponer de un elemento más con el que evaluar el resultado de la terapia (Navarro Góngora, 1992). Sin embargo, en TCS la utilización de escalas tiene una intención diferente. Steve de Shazer y su equipo propusieron inicialmente utilizar las “escalas de avance” como una forma de trabajar en aquellos casos en los que la queja y los objetivos eran excesivamente vagos para obtener descripciones conductuales de los mismos (de Shazer y cols., 1986). Finalmente las escalas de avance se han convertido en algo más que un instrumento de evaluación. Permiten a los consultantes y terapeutas identificar excepciones, suscitar objetivos concretos y además la posibilidad de atribuir la responsabilidad del cambio a las personas que acuden a terapia.

Cuadro 4 Formulación de la Escala de Avance

En una escala de 1 a 10, en la que 1 es el momento en el que las “cosas” que les han traído aquí han estado peor, y 10 es el momento en que estarán del todo solucionadas, ¿dónde diría usted que se encuentran las “cosas” en este momento?

Al igual que ocurría con la pregunta Milagro, la Pregunta de Escala no es sólo una pregunta, sino una secuencia de preguntas que ayudan a terapeutas y consultantes a generar una conversación sobre excepciones y a construir objetivos trabajables y pasos intermedios.

La manera en que se comienza a trabajar con esta pregunta es pidiendo a los consultantes que valoren cómo están los problemas que les han llevado a terapia en ese momento. Una vez que los consultantes responden con un número se continúa con una serie de preguntas (cuadro 5.) ampliando la excepción y atribuyendo control (cuadro 6.).

Cuadro 5 Preguntas para ampliar la excepción (Beyebach, 2005)

“¿Qué cosas entran en ese...?”
 “¿Cómo es que las cosas están en un... y no en un 1?”
 “¿Qué está siendo ahora diferente que le hace pensar que las cosas están en un...?”
 “¿Qué cosas ve que le permite puntuar en un...?”

Cuadro 6 Preguntas para atribuir control (Beyebach, 2005)

“¿Qué te ha ayudado a que las cosas estén en un ...?”
 “¿Qué has puesto tú de tu parte?”
 “¿Cómo lo has conseguido?”
 “¿Qué ha hecho tu marido/ padres/ amigos... que te permite ver las cosas en un...?”
 “¿Qué crees que diría tu mujer que ha ayudado a que las cosas estén en un...?”

Comentábamos en párrafos anteriores que el trabajo con las Escalas de Avance era útil también para conseguir objetivos intermedios. Para ello el terapeuta pregunta a los consultantes, una vez que ya tiene toda la información sobre las mejorías y cómo lo han conseguido, por un pequeño paso más, es decir, cuál sería el siguiente paso a seguir para que la puntuación dada en la Escala aumente un punto más.

Cuadro 7 Preguntas para identificar el paso siguiente (Beyebach, 2005).

“¿En qué va a notar que la situación ha mejorado un punto más en la escala?”
 “¿Qué va a ser diferente cuando las cosas estén en un punto más?”
 “¿Cuál puede ser una señal que le haga pensar que las cosas están en un punto más?”
 “¿Qué tiene que pasar para que considere que las cosas están en un punto más?”
 “¿Qué puede hacer usted para que las cosas mejoren un punto en la escala?”

Elogios y Tareas

La primera sesión se cierra con lo que en la TCS se llama “mensaje final” (de Shazer, 1982). Cuando la entrevista finaliza, el terapeuta hace una pausa y sale de la sala para reunirse con el equipo y poder diseñar el mensaje que finalmente contará a los consultantes. El formato de este mensaje consta de elogios y tareas, es decir, se destacan aquellos aspectos que los clientes ya están haciendo bien, son positivos o útiles para ellos. A continuación se le sugiere hacer, fijarse o bien reflexionar sobre algo que le permita seguir avanzando en su dificultad (tarea). Tanto los elogios como las tareas tienen que ser coherentes con el modo en el que ha transcurrido la entrevista, y además, el terapeuta debe asegurarse de que la tarea sea algo que los consultantes puedan llevar a cabo.

A lo largo del artículo hemos presentado las técnicas más utilizadas por el modelo de Terapia breve Centrada en las Soluciones. La terapia sería entonces una conversación entre consultantes y terapeutas centrada en hacer visibles los recursos que las personas tienen para llegar a alcanzar los objetivos terapéuticos que se proponen. ■