

## Capítulo X

### TERAPIA SISTEMICA BREVE: TRABAJANDO CON LOS RECURSOS DE LAS PERSONAS

**ALBERTO RODRÍGUEZ MOREJÓN**

Universidad Pontifica de Salamanca

**MARK BEYEBACH**

Universidad Pontifica de Salamanca

En M. Garrido y J. García (comp.), Psicoterapia: Modelos contemporaneos y aplicaciones. Valencia: Promolibro.

#### 1.- INTRODUCCION

Este capítulo esta dedicado a exponer un modelo de terapia breve cuya influencia fundamental proviene de la **Terapia Centrada en Soluciones** (TCS) desarrollada por Steve de Shazer y el grupo de Milwaukee (de Shazer, 1985, 1988, 1991; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis, 1986; Gingerich, de Shazer y Weiner-Davis, 1988; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), aunque conserva algunos elementos de la **Terapia Breve Centrada en los Problemas** del "Instituto de Investigaciones Mentales" (MRI) de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974). En el modelo que presentamos se incluyen también algunas concepciones terapéuticas y recursos técnicos de la terapia de Michael White (White y Epston, 1980).

El modelo que vamos a presentar se enmarca dentro de las terapias familiares sistémicas y trabaja ampliando las soluciones eficaces que los clientes ponen en marcha por sí mismos para enfrentarse con sus problemas. Los mecanismos terapéuticos fundamentales son: la negociación de objetivos, el trabajo con las ocasiones en que las personas se han enfrentado exitosamente con sus problemas y la deconstrucción de los significados que se supone están colaborando en el mantenimiento de los problemas.

A lo largo de este capítulo expondremos los presupuestos básicos del modelo, los criterios que guían la toma de decisiones del terapeuta centrado en soluciones y algunos de sus principales recursos técnicos. Terminaremos con una breve revisión de las investigaciones de resultados que se han hecho sobre él.

## **2.- LA TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES EN EL MARCO DE LAS TERAPIAS FAMILIARES.**

El espíritu sociológico que imperaba en los ambientes psicológicos y psiquiátricos de los años 50 contribuyó a que ciertas observaciones clínicas que anteriormente habían pasado desapercibidas empezaran a cobrar relevancia. El hecho de que algunos pacientes internados en instituciones psiquiátricas recayeran cuando volvían con sus familias después de ser dados de alta o, más llamativo aún, que fuera otro de los miembros de la familia el que mostrara algún tipo de sintomatología, hizo que se empezaran a revisarse algunas de las concepciones al uso sobre el origen de la “patología” mental. En esta época Bateson postula su teoría comunicacional de la esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956) y Don D. Jackson acuña el concepto de homeostasis familiar (Jackson, 1957). La aportación de estos autores supuso un giro fundamental en la forma de entender el origen de los problemas psicológicos: ya no se pone tanta atención en analizar las variables intrapersonales que explican la aparición de los trastornos, sino que se resalta el papel que juegan la familia y el contexto interpersonal más amplio en su aparición y mantenimiento.

Aunque nosotros destaquemos a dos de los autores que más influencia han tenido sobre el modelo de terapia breve que estamos presentando, el surgimiento de la terapia familiar fue sin embargo un fenómeno múltiple. Por un lado está el grupo de Palo Alto al que en esa época pertenecían Bateson, Jackson y otros conocidos autores como Jay Haley, John Weakland o Virginia Satir; pero también en otras partes de Estados Unidos surgieron grupos que, con orientaciones diversas, defendían el postulado común de analizar los problemas psicológicos teniendo en cuenta el contexto interpersonal en que se producen. Así, podemos destacar el grupo de Filadelfia de Ivan Boszormenyi-Nagy o las aportaciones de autores como Carl A. Whitaker, Nathan W. Ackerman o Lyman C. Wynne (Broderick y Schrader, 1991).

Este surgimiento de la terapia familiar a partir de varios focos, poco conectados entre sí y sin un corpus teórico compartido, hizo que durante los primeros años de expansión de la disciplina surgieran un elevado número de escuelas. De ahí que sea

necesario dedicar un cierto tiempo a analizar las raíces de la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) para entender la posición de este modelo entre el resto de los enfoques familiares. Por ejemplo, como consecuencia del paradigma psicológico inicial en el que se enmarcaba cada una de las primeras orientaciones de terapia familiar, podemos hablar de terapias familiares de orientación psicoanalítica, de orientación conductual, de orientación cognitiva y terapias familiares sistémicas. El modelo terapéutico que estamos exponiendo, la Terapia Centrada en Soluciones (TCS), se incluye dentro del último tipo de orientaciones: las terapias familiares sistémicas. Pero, incluso entre éstas, es necesario diferenciar la TCS de otras escuelas sistémicas con las que está emparentada pero con las que guarda importantes diferencias teóricas. Así por ejemplo, además del ya mencionado MRI de Palo Alto (Fisch, Weackland y Segal, 1982), estaría la escuela de Milán<sup>1</sup> (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978), la escuela estratégica de Jay Haley (1976) o la estructural de Minuchin (1974).

### **3.- LOS PRESUPUESTOS DE LA TCS**

El punto de partida epistemológico más general que adopta la TCS y que, de alguna manera, va a marcar el resto de los supuestos a los que haremos referencia es el constructivismo. Además, podemos diferenciar dos categorías entre los supuestos básicos de los que parte la TCS: aquéllos que comparte con el resto de las terapias familiares sistémicas y los más idiosincrásicos del modelo.

#### ***3.1.- El constructivismo social***

La idea básica de esta nueva forma de entender el conocimiento en terapia es: *la realidad no se descubre, se inventa* (Watzlawick, 1984). A este respecto es muy descriptiva la diferenciación que hace Watzlawick entre realidades de primer orden o realidades físicas (a una persona le sangra una rodilla) y realidades de segundo orden o los significados que atribuimos a las realidades físicas (“la herida de la rodilla es un estigma y yo soy un profeta”). El constructivismo interaccional propugna que *la realidad surge a partir de procesos lingüísticos consensuados* (de Shazer y Berg, 1991). Se entiende que los significados que atribuimos a los acontecimientos, a las conductas o incluso a las palabras no son estables, sino que son negociados por las

---

<sup>1</sup>En la actualidad ya no se puede hablar de una única escuela de Milan porque sus miembros se han dividido y trabajan en dos grupos diferentes.

personas que interaccionan en un determinado contexto. Las repercusiones para la terapia que se derivan de estos postulados son fundamentales para entender el proceso terapéutico de la TCS.

La consecuencia práctica es entender que los problemas que las personas traen a terapia tienen que ver con el tipo de significados que las personas han consensuado en torno ellos. Por ejemplo, imaginemos el caso de una pareja en que ella “está deprimida” y él “es un alcohólico”, y que la interpretación de los hechos con la que los dos están de acuerdo es que él es un alcohólico -igual que lo era su padre- y que todos los problemas que tienen ambos se deben a eso. Steve de Shazer (1991) diría que lo que le ocurre a esta pareja es que ambos están “atrapados por sus palabras” ya que éstas hacen que construyan la realidad como algo inmutable (“soy un alcohólico” en vez de “estoy bebiendo demasiado”). Michael White (White y Epston, 1980) expresa la misma idea pero desde una concepción narrativa del “self”. Según este autor, las personas interpretan la realidad en la que viven y, entre todas las posibilidades que tienen a su alcance, seleccionan unos acontecimientos que pasan a formar parte de su experiencia. A los acontecimientos elegidos se les asignan una serie de significados y todos ellos conforman los «relatos» que dan sentido y propositividad a su vida. Estos relatos pueden ser lo que White denomina “historias saturadas de problemas” en las que las informaciones y los significados que se les atribuye no ofrecen salidas a los clientes. La aplicación para la terapia es que podemos concebir la intervención psicológica como una conversación terapéutica (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). Conversación en la que el terapeuta -utilizando un lenguaje para el cambio- trata de consensuar con su cliente nuevos significados o, si se quiere, de generar relatos alternativos al “relato saturado de problemas” que ofrezcan nuevas posibilidades a las personas.

La perspectiva constructivista en psicoterapia no es algo exclusivo de la TCS o las terapias familiares (ver Haaga y Beck, 1993); de hecho podemos entender que cualquier orientación de psicoterapia mantiene una “conversación para el cambio” y que lo único que varía son los elementos terapéuticos que se incluyen en esa conversación. Analizadas desde el constructivismo, una conversación para el cambio puede consistir en que un psicoanalista revise los recuerdos que nuestro supuesto marido “alcohólico” tiene sobre su padre y las interpretaciones dinámicas servirán para aportar nuevos significados a la conducta actual del paciente. Otro tipo de conversación terapéutica es la que mantiene un terapeuta cognitivo que revisara con la mujer “deprimida” los pensamientos sesgados que, según esta perspectiva de análisis de la realidad, están en la base de la depresión. La conclusión final de adoptar

posiciones constructivistas es que ningún modelo de psicoterapia es mejor que otro, puesto que ninguno acota más porción de “realidad” que los demás. Lo que ocurre es que utilizan herramientas de análisis diferentes y por ello construyen realidades distintas. Esta es una idea que nos gusta comparar con el trabajo de un alfarero: éste trabaja con arcilla y nosotros con los significados y las conductas que aportan los clientes; de las maniobras terapéuticas que utilizemos vamos a terminar la sesión definiendo un mismo problema como “dificultades en la relación de pareja”, “distorsión cognitiva” o “complejo de Edipo”; al igual que los distintos movimientos que el alfarero realice sobre el barro van a determinar que al final de su trabajo tenga una cazuela, un cántaro o una jarra de vino.

A continuación vamos a describir brevemente las “herramientas” que usa la TCS para construir realidades en terapia. Empezaremos por aquellas que comparte con otras escuelas de terapia familiar sistémica y terminaremos con las más idiosincráticas del modelo.

### **3.2.- Presupuestos compartidos por las terapias sistémicas**

Las terapias familiares sistémicas se caracterizan por asumir que es útil analizar la realidad desde los postulados de la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1956). Por lo tanto, el contexto interaccional amplio que hemos dicho que es el objeto de análisis del terapeuta familiar va a ser entendido como un **sistema**. La repercusión fundamental de este hecho es que, una vez establecidos los elementos del sistema, las relaciones entre éstos serán entendidas desde las propiedades que cumplen los sistemas generales. Nos detendremos ahora a revisar qué partes de la realidad podemos considerar como elementos constituyentes de los sistemas y qué tipo de relaciones se propugnan entre dichos componentes.

Aunque en las concepciones más tradicionales de la terapia sistémica se equipara indisolublemente a las personas con las unidades del sistema y a la familia con el sistema global, este tipo de asociación ha sido superado por visiones más amplias de la teoría sistémica. Por ello, también podríamos entender que cliente y terapeuta conforman un “sistema orientado hacia la solución de problemas” (Anderson, Goolishian y Winderman, 1986); o que las conductas de una sola persona o incluso los significados que atribuye a un hecho concreto pueden considerarse sistemas en sí mismos (de Shazer y Berg, 1991). Esta visión flexible de la teoría de los sistemas aumenta el número de opciones con que cuenta un terapeuta a la hora de

conceptualizar realidades en terapia. Por ejemplo, descendiendo de nuevo a la práctica clínica, puede que en ocasiones resulte tan rentable terapéuticamente conceptualizar un proceso depresivo como un sistema de conductas intrapsíquicas que se autoperpetúan (alguien se siente deprimido y por eso no sale, y cuanto menos contacto social tiene más triste se pone), como construir el problema como el resultado de la interacción en el seno de un sistema interpersonal (entender que la depresión de una persona incapacitada se mantiene porque sus familiares le resuelven todos los problemas y le hacen sentirse un “inútil”). En ambos casos, e independientemente de qué elementos se consideren como unidades del sistema, se mantiene la característica fundamental de los sistemas generales: entender los sucesos como organizados en procesos de retroalimentación recursiva (Keeney, 1983). De esta característica de los sistemas nos ocuparemos a continuación.

Tal vez la propiedad de los sistemas que más repercusiones tiene para la terapia, es la de entender las relaciones entre las unidades que los constituyen desde la óptica de la **causalidad circular**. La idea es que cualquier variación de un elemento del sistema afecta necesariamente a los demás y, como consecuencia de un mecanismo de retroalimentación, la modificación que en ellos se produce termina por afectar nuevamente al primer subsistema. Desde este punto de vista, no se puede hablar de causa-efecto en el sentido tradicional, sino de una interacción en la que sólo arbitrariamente podemos establecer dónde comienza y dónde termina la secuencia. Volvamos sobre el caso de la depresión y el alcoholismo que iniciábamos antes. Imaginemos que la mujer acude a consulta ella sola y que durante la sesión informa al terapeuta que ella se encuentra mal y que su vida matrimonial está muy deteriorada porque su marido bebe con exceso. La hipótesis de un terapeuta que se mueve en una óptica de causalidad lineal sería: el alcoholismo del marido causa la depresión de la mujer. Supongamos que el esposo decide acudir por su cuenta a un terapeuta diferente y que le explica, completamente convencido de lo que dice, que su mujer lleva varios meses deprimida e insoportable, que ello ha hecho que toda su vida social se venga abajo y que él últimamente está bebiendo más de la cuenta. La hipótesis de un segundo terapeuta que también adoptara una visión lineal de los hechos sería: la depresión de la mujer está haciendo que el marido se convierta en un alcohólico. En cambio, si cualquiera de los dos terapeutas anteriores hubiera analizado los hechos desde la óptica de la causalidad circular, hubiera preferido construir hipótesis que entendieran que la depresión y el alcoholismo se mantenían el uno al otro a través de un proceso interaccional. La hipótesis circular podría ser: el que él beba hace que ella se deprima, y el que ella se deprima hace que él siga bebiendo.

Otro de las diferenciaciones sistémicas básicas que se aplica al análisis de las relaciones humanas es la que se establece entre **proceso** y **contenido**. Esta consiste en entender que la interacción que se produce entre personas (conductas, significados) responde a patrones o pautas (procesos) que se repiten en situaciones o temas diferentes (contenidos) (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). Por ejemplo, una madre solicita consulta para su hijo de doce años porque éste va mal en los estudios y además es muy rebelde en casa. Del análisis que el terapeuta hace durante la entrevista resulta que una posible hipótesis de proceso es que la madre intenta enderezar la conducta de su hijo razonando con él y amenazándolo con castigos que nunca lleva a cabo. Esta pauta de interacción podría ser la misma para diferentes temas o contenidos: hacer o no los deberes, la hora de llegada a casa o mantener limpia su habitación.

Un tercer supuesto básico de las terapias sistémicas es que si el problema con el que acuden los clientes se da **en el presente**, se supone que el patrón que lo mantiene se sigue produciendo en la actualidad; por eso no hay necesidad de tener en cuenta acontecimientos del pasado, por muy relevantes que éstos sean para los clientes. Puede ser que la esposa que se quejaba de que su marido era alcohólico, considere que un aspecto muy importante que tenemos que tener en cuenta a la hora de tratarlo es que el padre de éste también bebía. Este tipo de informaciones puede ser relevantes para nosotros ya que deberemos tener en cuenta las creencias que sobre el problema tienen las personas cuando vayamos a introducir informaciones nuevas en el sistema. Sin embargo, dado que el pasado es inmodificable, trabajaremos en el presente con el patrón interaccional alcoholismo-depresión.

Una importante repercusión clínica que tiene el entender circularmente los fenómenos es que bastará con modificar uno de los elementos de la interacción para que se modifique el sistema completo. Bastará con un cambio pequeño, que alguien detecte y valore como tal, para que el sistema completo empiece a cambiar. Siguiendo con el ejemplo anterior, podemos hacer que las cosas vayan mejor para la pareja tanto si se consigue que el marido beba menos, como si el paso adelante es que la mujer se muestre más animada en casa. Ello quiere decir que ni siquiera es necesario trabajar con las dos personas en consulta, aunque probablemente seríamos más eficaces si las dos acuden a terapia y están interesadas en resolver su problema.

### **3.3.- Supuestos específicos de la TCS**

Consideremos ahora algunos postulados diferenciadores del modelo de terapia que estamos explicando. Hablaremos de cómo el terapeuta centrado en soluciones confía en los recursos de sus clientes y del no-normativismo.

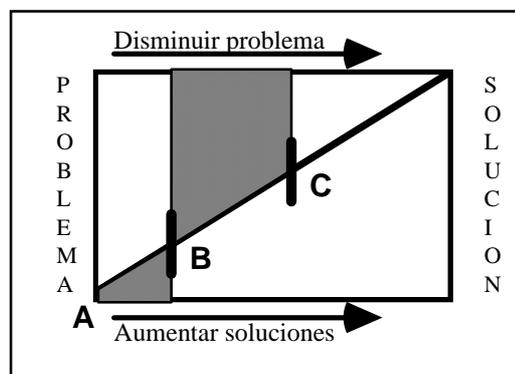
La TCS tiene como premisa más innovadora el partir de la **confianza en los recursos de los clientes**. Desde esta perspectiva se considera que las personas que acuden a tratamiento tienen capacidad suficiente para enfrentarse exitosamente a sus problemas, por lo que seguramente ya lo están haciendo en algunas ocasiones. El trabajo del terapeuta es localizar éstas y marcar la diferencia que suponen en la vida de sus clientes. Por otra parte, decimos que el terapeuta de esta orientación huye del **normativismo** porque no se basa en un modelo de persona o interacción sana, no evalúa a sus clientes comparándolos con una norma, no trata de modelar sus relaciones en la dirección que él considera más adecuada, sino que los acepta tal y como son y se limita a producir los cambios imprescindibles para que los problemas se disuelvan. Volvamos al ejemplo del niño con problemas en los estudios. Un terapeuta normativo podría considerar que la madre es demasiado liberal en la educación de su hijo y aconsejarle, por ejemplo, que le ponga una hora de llegada a casa más temprana, le reduzca la “paga” o vigile más sus amistades. En cambio, un terapeuta no-normativista únicamente se ocupara de que la madre consiga que el niño obedezca, dejando que sea ella la que decida el tipo de educación que quiere dar a sus hijos.

## **4.- UNA VISION GLOBAL DEL PROCESO TERAPEUTICO**

### **4.1. Dos alternativas para el cambio**

Como consecuencia de asumir el constructivismo como perspectiva de análisis de la realidad y de adoptar los supuestos que acabamos de describir, el terapeuta sistémico de la orientación que estamos presentando cuenta con dos grandes alternativas para construir la realidad terapéutica. La primera opción es identificar lo que las personas ya están haciendo que les ayuda a resolver sus problemas y trabajar para ampliarlo. La segunda es construir con ellos un problema resoluble, bien reconstruyendo la secuencia de acontecimientos que se producen en torno a la queja para después introducir modificaciones en ella, bien identificando las soluciones intentadas ineficaces para luego bloquearlas. Como presentamos en la Figura 1, ambos procedimientos conducen al mismo resultado final, la solución del problema, pero a

través de caminos distintos. “Problema” y “solución” en nuestro modelo son considerados como constructos inversamente proporcionales, de manera que a medida que disminuye uno aumenta el otro. En la primera opción, el camino entre los puntos A y B de la Figura 1, puede ser el resultado de “ampliar” lo que los clientes han comenzado a hacer que ayuda a que el problema suceda con menos frecuencia, es decir, aumentando las soluciones eficaces que conducen a la meta deseada. La segunda alternativa, el avance entre los puntos B y C de la Figura 1, puede venir como consecuencia de “disminuir” el problema a base de bloquear los patrones interaccionales que lo mantienen.



**Figura 1. Construyendo problemas y soluciones**

Trabajaríamos ampliando soluciones si le preguntásemos a la madre que tiene problemas para controlar a su hijo sobre la última vez en que éste le obedeció y buscáramos con ella cuáles de las cosas que está haciendo sirven para que el niño obedezca más. En cambio, el trabajo centrado en el problema podría consistir en hacer una hipótesis sobre el patrón interaccional de la familia (la madre razona pero no castiga) y pedir algo que lo bloquee (“si hace una amenaza cúmplala por mucho que le cueste”).

#### **4.2.- Algunos datos técnicos iniciales**

Nosotros queremos revisar ahora punto por punto las técnicas y procedimientos que se ponen en marcha en los distintos momentos del tratamiento. Para hacer la explicación más didáctica daremos una visión global del tratamiento, sin temporalizarlo por sesiones. De hecho, aunque el modelo no varíe esencialmente de

un caso a otro, lo que se avance en cada una de las sesiones va a depender mucho del ritmo de cambio de los clientes. Sí queremos adelantar que el tratamiento suele durar aproximadamente unas 5 sesiones de aproximadamente una hora cada una, siendo la periodicidad entre sesiones de aproximadamente 15 días, aunque esto puede depender mucho del proceso que sigan los clientes. Habitualmente suele transcurrir una semana entre la primera y la segunda consulta y las sesiones se irán espaciando a medida que los clientes vayan experimentando mejorías. La estructura de las sesiones es siempre la misma: I) una primera fase de “conversación terapéutica”; II) un periodo de intersesión en que el terapeuta se reúne con el equipo o, si trabaja solo, se toma una pausa para reflexionar sobre lo ocurrido en consulta; III) la intervención en que el terapeuta devuelve al cliente sus conclusiones y/o una visión general de la marcha del tratamiento y, si lo estima conveniente, le da una tarea. Los siguientes apartados (6, 7, 8 y 9) tratan sobre lo que cliente y terapeuta hacen en la fase I; en el apartado 10 se especifican los criterios que sirven al terapeuta para diseñar (durante la fase II) la intervención de la fase III. Para iniciar la secuencia de trabajo desde el principio, empecemos hablando del contacto telefónico.

## **5.- LA LLAMADA DE TELÉFONO: ¿QUIÉN VIENE A CONSULTA?**

En nuestro modelo de trabajo el criterio para decidir quién asiste a la primera consulta puede depender bastante del tipo de caso o de los condicionantes del contexto. En general, podemos decir que la norma básica es que vengan a la primera sesión todas aquellas personas que tienen interés en que el problema se resuelva y están dispuestas a trabajar para conseguirlo. Solemos tratar de que las personas que acuden sean los que viven en la misma casa o los que pertenecen a la familia nuclear. De manera que, por ejemplo, nos interesará contar -en primera instancia- con los abuelos únicamente si viven en la misma casa que la familia. No importa si algún miembro de la familia no quiere venir, incluso aunque éste sea precisamente el que todos consideran como problemático. Por teléfono incluso pediremos que no hagan ninguna presión sobre él para que venga y les diremos que una de las posibles cosas a trabajar en terapia es cómo conseguir que acuda a futuras sesiones.

Dejamos que nuestros clientes decidan quién viene a terapia únicamente cuando la misma persona que tiene el problema es la que solicita tratamiento. Por ejemplo, podemos hacer terapia individual con un niño de doce años que solicita consulta y quiere acudir el sólo, siempre que los padres den su consentimiento. Con ello nos adaptamos a la postura de nuestros clientes; sin embargo, nos sentiremos muy libres

de sugerirles la posibilidad de incluir distintas personas en futuras entrevistas si lo consideramos conveniente.

## **6.- LAS INFORMACIONES INICIALES: CREANDO CONTEXTO**

Ya en la primera entrevista, y antes de iniciar el tratamiento, explicamos nuestra forma de trabajo. Empezamos informando que trabajamos en equipo y los medios técnicos que utilizamos (espejo unidireccional, grabaciones en vídeo o audio, teléfono interior). A continuación describimos a los clientes, muy brevemente, el tipo de tratamiento que realizamos. Solemos fijar una duración máxima de diez sesiones, advirtiendo que no es necesario agotarlas todas y que utilizaremos únicamente las que sean necesarias para resolver el problema. Una información adicional es que habitualmente nos veremos una vez cada dos semanas y que este intervalo se irá ampliando conforme comiencen a mejorar las cosas. También avisamos que unos seis meses después del final del tratamiento les llamaremos por teléfono para hacerles un seguimiento del estado del problema.

Advertimos que la primera entrevista servirá para hacernos una idea sobre el tipo de ayuda que necesitan y, a partir de ahí, poder decidir si está en nuestra mano dársela o deberemos derivarlos a otro profesional. Por último, les decimos que es posible que el terapeuta se reúna con el equipo en algún momento durante la sesión y que, en todo caso, tendrá con éste una reunión final para poderles transmitir una opinión conjunta en la que se incluyan los comentarios de todo el equipo.

No hay que olvidar que esta parte de la entrevista constituye el primer contacto que los clientes tienen con su terapeuta, por ello aprovechamos todo este intercambio inicial y las cuestiones que durante él se plantean para empezar a crear relación terapéutica.

Si los clientes aceptan nuestras condiciones, y después de que plasmen su conformidad por escrito, cerramos este apartado y comenzamos a trabajar.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup>En realidad el trabajo comienza ya con la transmisión de este contexto, sobre todo cuando los clientes ponen trabas a algunas de las condiciones que fijamos.

## 7.- LAS TECNICAS BASICAS

En la Figura 2 se presenta el esquema global de toma de decisiones en Terapia Centrada en Soluciones. Las distintas técnicas empleadas (los rectángulos de la Figura) serán explicadas a lo largo de este apartado y los siguientes.

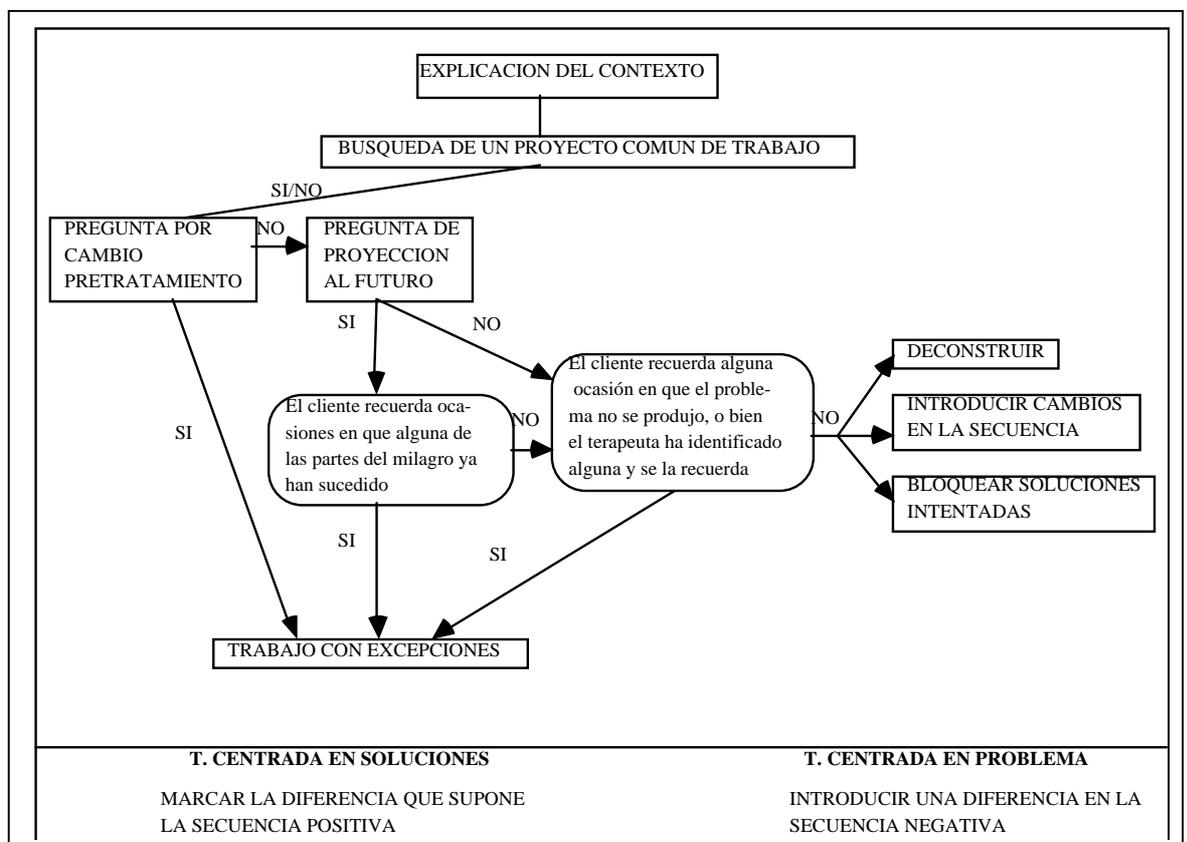


Figura 2. Esquema general de toma de decisiones en TCS

### 7.1.- Buscando un proyecto común de trabajo: ¿En qué podemos ayudarles?

El propósito de esta fase inicial es ponernos a disposición de los clientes para que ellos nos aclaren en qué les podemos ayudar. Es fácil que en este momento ellos empiecen a hacer un recuento de sus quejas o incluso que empiecen a contar la historia de lo que les ocurre volviendo atrás en el tiempo. Nuestro trabajo es ayudarles a que formulen una demanda concreta, que nos digan que es lo que nos piden a

nosotros aquí y ahora, dejando que sean ellos los que hagan la solicitud sin adelantarlos nosotros ofreciendo nuestra ayuda para lo que suponen que quieren. Un ejemplo de cómo aclarar la demanda, siguiendo con el caso de pareja que antes iniciamos, podría ser el siguiente

T.- *Bueno, ahora ya podemos comenzar. ¿en qué podemos ayudarles?*

C1.- *¿hablas tu o hablo yo?*

C2.- *Como quieras.*

C1.- *Empezaré yo porque no te veo muy animado a contarle...*

T.- *Es igual..., cualquiera de los dos, ¿en qué podemos ayudarles?*

C1.- *Pués... lo que ocurre es que mi marido es un alcohólico. Hemos estado en un tratamiento anterior durante varios años y como las cosas no fueron bien nos decidimos a consultarlo a Vd. Todo empezó a las seis meses de casarnos, nos fuimos a vivir a un pueblo muy pequeño, él se aburría y comenzó a beber en exceso...*

T.- *(Superponiéndose) disculpe que le interrumpa, me va a interesar mucho que me cuente su punto de vista sobre lo que sucede, pero ahora me gustaría saber qué es lo que piden de nosotros en este momento.*

C2.- *Bueno, yo creo que deberían ayudarnos a mejorar nuestras relaciones, últimamente estamos siempre discutiendo.*

T.- *¡Aja!. O sea, que una parte de nuestro trabajo es ayudarles a que se lleven mejor...*

C1.- *Yo creo que eso va a ocurrir cuando él deje de beber.*

T.- *(Dirigiéndose al marido) ¿Cuál es su opinión respecto a ese tema?*

C2.- *Sí yo también quiero dejar de beber. Pero hay más cosas... Por ejemplo, ella siempre esta deprimida y echándome broncas...*

T.- *¿En qué tiene que consistir nuestra ayuda respecto a eso? (mirando a la mujer).*

C1.- *A mi me gustaría volver a ser como antes, siempre estaba alegre y con ganas de salir por ahí.*

T.- *Me voy haciendo una idea, nuestro trabajo será ayudarles a mejorar sus relaciones de pareja, (mirando al marido) ayudarles a que Vd. beba menos y (mirando a la mujer) a que Vd. recupere su alegría.*

Como se puede ver en el ejemplo, en este momento el terapeuta asume que una queja no es una demanda; esto es, que el hecho de que la mujer empiece diciendo que el marido es alcohólico no implica necesariamente que nos pidan ayuda respecto a ese tema. Por eso, preferimos ser cautos, no dar ese paso por obvio que parezca, y dejar que sean ellos los que nos digan en cuáles de sus asuntos debemos meternos y en cuáles no. A esta altura de la terapia tampoco hacemos ningún intento explícito por hacer operacional la queja, aceptamos el punto de vista de nuestros clientes. No entramos, por ejemplo, a preguntar cuánto bebe el marido, o en qué consiste la tristeza de la mujer; estos aspectos los analizaremos más adelante, y desde un punto de vista diferente, sobre los cambios que en relación a esos temas esperan que se produzcan en el futuro. El objetivo de estos primeros compases del tratamiento es dejar que los clientes hagan una solicitud concreta de ayuda; con ello nos damos un

cierto margen de maniobra antes de empezar a hacer terapia. En ocasiones, por ejemplo, resulta que lo que piden no es un tratamiento si no una opinión alternativa para un problema que trabajan ya con otro profesional, un informe psicológico o una orientación puntual sobre como actuar en una situación muy determinada.

Cerramos el tema de la demanda con un breve resumen en el que hacemos hincapié en aquéllos temas que se van a convertir en nuestro foco de trabajo. No importa que sean cuestiones todavía un poco vagas o que no sean objetivos completamente compartidos por todas las personas que acuden al tratamiento; basta con que supongan un proyecto de trabajo común entre clientes y terapeuta.<sup>3</sup>

A partir de aquí caben todas las posibilidades que se esquematizan en la Figura 2 y que iremos exponiendo en los siguientes apartados. La primera sería preguntar por los avances producidos entre la petición de consulta y la primera sesión (cambio pretratamiento). La segunda posibilidad es negociar objetivos a través de la “pregunta milagro”, que consiste básicamente en pedirle al cliente que se imagine un futuro sin el problema, para luego analizar qué aspectos de ese futuro se han producido o han estado cerca de producirse ya. La tercera posibilidad, en caso de que el cliente sea incapaz de imaginarse un futuro sin problemas, consiste en preguntar directamente por excepciones, esto es, por aquellas ocasiones en que el problema no se ha producido a pesar de que era esperable que lo hiciera. En el caso de que ninguna de las tres maniobras anteriores produjera los resultados esperados, el terapeuta tiene tres opciones para trabajar con el problema: a) deconstruir, b) trabajar con la secuencia y c) bloquear las soluciones intentadas ineficaces. El orden en que suelen sucederse los procedimientos es el marcado por las flechas de la Figura 2, lo cual no es óbice para que el terapeuta se sienta libre de introducir modificaciones siguiendo otros criterios terapéuticos (el tipo de problema, las características del cliente, o las propias necesidades del servicio asistencial en el que trabaje). Así, el terapeuta puede decidir que en un caso de problemas escolares, por ejemplo, sea más útil saltarse todos los pasos anteriores e ir directamente a bloquear las soluciones intentadas. Nosotros expondremos ahora toda la secuencia de procedimientos según el orden establecido en la Figura 2.

---

<sup>3</sup>En el caso de que ninguno de los clientes hiciera una demanda y, por mucho que el terapeuta tratara de ayudarles para que la formulase, ellos se limitasen a exponer una queja tras otra, les trataríamos como “visitantes” (de Shazer, 1988) y nuestra única intervención sería elogiarlos por lo bien que sobrellevan el “amargo trance” por el que están pasando.

### ***7.2.- Una vía de entrada rápida en excepciones: el cambio pretratamiento***

Una vez que hemos explicado el contexto y que nos hemos asegurado de que nuestros clientes piden algo de nosotros, la entrada más rápida para trabajar sobre los recursos del cliente con la que contamos en TCS, es preguntar por el cambio pretratamiento (Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987). Entendemos por cambio pretratamiento cualquier mejoría, relacionada con la demanda que nos han hecho los clientes, que se haya producido en el intervalo de tiempo transcurrido desde que pidieron consulta.<sup>4</sup>

Una manera de preguntar por el cambio pretratamiento podría ser la siguiente (Rodríguez-Arias, 1993):

“Habitualmente pasa un tiempo desde que la gente pide consulta hasta que podemos dársela. Me he encontrado en muchas ocasiones con personas que llegan a la primera entrevista diciéndome que durante ese tiempo las cosas han empezado ya a ir mejor en relación a las dificultades que les preocupan; por eso me estaba preguntando: ¿Qué cosas han empezado ya a ir mejor en su caso?”

Si la pareja de nuestro ejemplo contestara que hace varios días que no discuten, que él ha dejado de beber desde que llamaron por teléfono o que ella últimamente está más animada, estaríamos ante un cambio pretratamiento. La técnica para rentabilizar terapéuticamente este cambio se explicará más adelante, cuando expongamos la manera de trabajar con las excepciones.

### ***7.3.- Negociando objetivos: la pregunta milagro***

Supongamos que no hay cambio pretratamiento, o que éste no es lo suficientemente relevante, bien porque sea muy pequeño, bien porque ni siquiera esté relacionado con la demanda inicial. El siguiente paso consiste en negociar objetivos. En la TCS se otorga una importancia fundamental a este momento del tratamiento, ya que existe una cierta evidencia empírica de que cuando los objetivos están bien definidos la terapia tiene mayores probabilidades de terminar exitosamente (de Shazer, 1988;

---

<sup>4</sup>Habitualmente se ha tendido a desprestigiar el cambio pretratamiento bien porque se le consideraba un fenómeno poco habitual, bien porque se ignoraba su valor terapéutico. En una investigación recientemente realizada, los autores de este trabajo, junto con J. L. Rodríguez-Arias y D.L. Palenzuela, han encontrado que el 59% de las personas de una muestra clínica decían haber experimentado mejorías durante el tiempo transcurrido entre la llamada de teléfono y la primera sesión. Además, parece existir una relación muy significativa entre este tipo de cambio y el resultado de la terapia: las personas que presentaban cambio pretratamiento obtenían mejores resultados terapéuticos (Rodríguez Morejón, 1994).

Pérez Grande, 1991). Ello hace pensar que el proceso de fijar objetivos no es un simple trámite con la única finalidad de poder evaluar resultados más tarde, sino que tiene en sí mismo un potente efecto terapéutico.

En otro sitio (Rodríguez Morejón, Palenzuela y Beyebach, 1993) hemos postulado que uno de los efectos terapéuticos más importantes del proceso de establecer objetivos es que éstos se convierten en facilitadores de la acción. Una vez que las personas se plantean una meta y comparan su estado actual con el especificado en ella, se generan una serie de tendencias autorreactivas que facilitan que las personas comiencen a actuar en la dirección que ellos han elegido y el terapeuta ha validado. Pero, para que se produzca este efecto facilitador, el terapeuta debe maniobrar para conseguir que los objetivos conseguidos tengan unas determinadas características (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1993):

- a) Deben ser **relevantes** para los clientes, deben ser propuestos por ellos y no sugeridos por el terapeuta. Esta idea está muy relacionada con el no-normativismo que exponíamos al presentar los presupuestos. Cuando el terapeuta tiene en la cabeza un modelo de persona o familia funcional y realiza una evaluación comparando a sus clientes con un modelo, de la comparación pueden surgir áreas deficitarias que él -como autoridad- puede decidir trabajar (v.g. los criterios para establecer la hora de llegada a casa de la madre cuyo hijo no va bien en el colegio). En cambio, un terapeuta no normativo se limitará a aceptar las demandas de la familia, interviniendo sobre ellas únicamente para aclararlas y hacerlas operacionales. Las únicas restricciones que se pueden establecer es que los objetivos no vayan a implicar algún tipo de riesgo para la propia persona o las que le rodean.
- b) Las metas que se establezcan deben ser **concretas**, cuanto más operacionalizadas en conductas, mejor. Por ejemplo, es fácil que uno de nuestros clientes nos pida que le ayudemos a “ser más feliz”, nuestro trabajo es ayudarlo a establecer que repercusiones prácticas va a tener esa mayor felicidad: ¿qué va a hacer diferente?, ¿cómo va a cambiar su forma de pensar?, ¿en qué van a notar los demás que el se siente feliz?, etc.
- c) Muy unida a la idea de concreción está la de que los objetivos sean **alcanzables**, aunque ello vaya a suponer un trabajo duro para los clientes. En este momento el terapeuta sí ejerce un cierto normativismo; sigue sin sugerir él los objetivos, pero sí se asegura de que las metas que planteen sus clientes no sean

demasiados altas; es decir, no hace sugerencias sobre el tipo de meta, pero sí sobre el tamaño de ésta. Por ejemplo, supongamos que la pareja que solicita ayuda para llevarse mejor, formula como objetivo el que desaparezcan completamente las discusiones. En ese caso el terapeuta deberá informarles que todas las parejas discuten en mayor o menor grado y que es improbable que las discusiones desaparezcan del todo y, a partir de ahí, negociar con ellos que podrían considerar como un nivel aceptable de disputas.

d) La cuarta característica de los objetivos es que estén **formulados en positivo**, esto es, como “algo que va a empezar a ocurrir más” en vez de como “algo que va a dejar de ocurrir”, como “presencia de algo” en vez de como “ausencia de...”. En este sentido, siguiendo con el ejemplo de las discusiones, nos interesará que nuestra pareja reflexione sobre qué es lo que ellos van a hacer en vez de discutir, o qué repercusiones va a tener el que discutan menos.

e) La última cualidad que buscamos en los objetivos es que estén **descritos interaccionalmente**. Tratamos de que las metas no sean simples listas de indicadores de mejoría, sino secuencias enteras que ejemplifiquen como van a ser las cosas cuando el problema esté resuelto; para ello hacemos que los objetivos se construyan interaccionalmente. Siguiendo con el ejemplo anterior, nos interesará saber en qué cosas va a notar el marido que su mujer está más contenta, cómo va a reaccionar la mujer cuando empiece a notar que él bebe menos, o cómo piensan ellos que van a reaccionar sus hijos cuando les vean más unidos.

Hemos dicho que las cinco características que hemos revisado son las que, desde nuestro punto de vista, están más relacionadas con que los objetivos tengan un valor facilitador de la acción. Sin embargo, nosotros pensamos que tal efecto es debido no a las características terminales de los objetivos, sino a todo el procedimiento que el terapeuta lleva a cabo para que los objetivos finalmente cumplan esas condiciones. Por ello, a nosotros nos gusta utilizar un marco especial para esta negociación de metas, una técnica que facilita que cliente y terapeuta consensúen el tipo de objetivos que nosotros buscamos. Esta técnica es la “pregunta milagro” de Steve de Shazer (1988).

La versión de esta pregunta que nosotros solemos usar, y el tipo de trabajo que el terapeuta realiza con ella, se presentan sobre el caso de la pareja que hemos venido utilizando anteriormente:

*T. Ahora quería hacerles una pregunta un tanto extraña; extraña en el sentido de que va a requerir que ustedes utilicen mucho su imaginación. Les pido que presten*

*mucha atención a ella porque su respuesta va a ayudar mucho a que terminemos de aclarar en qué tiene que consistir exactamente nuestra ayuda. Quiero que se imaginen que esta sesión termina y que ustedes vuelven a sus casas..., imaginen que el resto del día transcurre con normalidad y que se van a dormir... Imaginen que..., mientras están durmiendo..., sucede un “milagro”..., y que todos los problemas que les han traído aquí se resuelven de repente, no con trabajo duro como se suelen resolver en la vida real, sino de repente. Como están durmiendo, no se dan cuenta de que ese milagro se ha producido, por eso quiero que se imaginen y me digan: ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les van a hacer pensar que ese “milagro” se ha producido?*

Hay varios aspectos del contenido de esta pregunta que queremos remarcar. De entrada, para atraer la atención de nuestros clientes, les avisamos de que la pregunta puede sonarles rara y que va a requerir un cierto esfuerzo imaginativo por su parte. En la versión que aquí presentamos se utiliza la palabra “milagro” que es elegida por de Shazer (1988) porque transmite claramente la idea de un cambio muy rápido; sin embargo, hay otras formulaciones posibles que se pueden utilizar atendiendo a la idiosincrasia de las personas a las cuáles vaya dirigida. Así, se puede usar la formulación de Erickson de la “bola de cristal” en la que los clientes deben mirar para observar el futuro (de Shazer, 1972), o cualquier imagen extraída de películas o cuentos que sirva para que niños o adolescentes se imaginen un cambio rápido en sus vidas (hadas que hacen magia, máquinas del tiempo que te trasladan al futuro, etc...). Otro aspecto importante es que lo que se resuelve con el milagro son “*todos los problemas que os han traído aquí*”. Es posible que a la hora de esclarecer la demanda ya hayamos acotado temas, pero preferimos dejar la pregunta abierta para construir milagros lo más extensos y elaborados que sea posible. Aunque globalmente la pregunta invita a imaginar, nos gusta incluir un cierto “toque de realidad” (“en la vida real los problemas se resuelven con trabajo duro”) que deje claro que lo que se va a hacer en terapia no tiene nada que ver con los milagros.

La cuestión que se plantea al final de toda la formulación para que los clientes respondan puede tener distintos niveles de concreción; puede ser muy general (“¿qué va a ser diferente en sus vidas?”) o más concreta, situacional y secuencializada (“¿qué van a notar al día siguiente del milagro?, empiecen desde el principio, desde que se levantan por la mañana, y luego sigan con el resto del día”). Nos parece buena idea empezar con la formulación más general y abierta, e irnos a la más situacional en caso de que las personas tengan dificultades para imaginarse un futuro sin el problema. A la hora de plantear la pregunta cuidamos mucho los aspectos formales, procuramos exponerla lentamente, dando tiempo para que las personas se imaginen la situación que les sugerimos. Procuramos, además, que todo el discurso tenga un cierto tono

solemne que mantenga fija la atención de todos. Para darle mayor fuerza a la pregunta final la formulamos en *lenguaje presuposicional*, dando por supuesto que los cambios van a ocurrir; no preguntamos *¿que sería diferente...?*, sino *¿qué cosas van a ser diferentes?*

Para conseguir objetivos con las características que antes postulábamos, habitualmente es necesario hacer un cierto trabajo sobre las respuestas de nuestros clientes, sigamos viéndolo sobre el ejemplo anteriormente iniciado

T. *(Después del resto de la pregunta milagro) ¿Qué cosas van a notar diferentes que les van a hacer pensar que ese “milagro” se ha producido?*

C1. *No sé, es difícil.*

T. *Sí, se que les estoy pidiendo un buen esfuerzo y que cuesta ponerse en situación.*

C2. *Yo creo que los dos íbamos a estar mucho más tranquilos, el “ambiente” en casa iba a ser más tranquilo.*

T. *Hmm... ¿En que va a notar usted que el “ambiente” es más tranquilo?*

“Estar más tranquilo” es un buen objetivo, pero es muy poco concreto; para hacer más conductuales los objetivos vagos utilizamos preguntas como **¿en qué vais a notar que...?**

C2. *Mire, lo que ocurre ahora es que cada vez que llego a casa ella está con mala cara, está esperándome para discutir, eso me pone de mal humor. La mayoría de las veces ni siquiera me deja oportunidad para que le explique...*

T. *Me hago una idea. Por favor, imagínese que están en el día después del “milagro”, ¿cómo va a cambiar eso?*

C2. *Supongo que ella estaría en casa haciendo cualquier cosa que tuviera que hacer.*

T. *(Haciendo mucho énfasis) Ajá, ése es el tipo de cosas que me interesan, usted va a llegar a casa y ella va a estar haciendo sus cosas.*

Una posibilidad, como ocurre en el ejemplo, es que nuestros clientes respondan a la “pregunta milagro” con quejas, en ese caso el terapeuta les vuelve a “situar” recordándoles que se trata de imaginar y les hace una pregunta del estilo a **¿cómo va a cambiar eso?** ¿qué va a ser diferente después del milagro? Por lo demás, el terapeuta señala con palabras y gestos el tipo de cosas que le interesan; esto es importante porque el tipo de “conversación terapéutica” que se deriva de la “pregunta milagro” seguramente no encaja en un principio con lo que la mayoría de la gente espera que les preguntemos, por eso es importante que reforcemos aquellas respuestas que están en la línea de lo que buscamos. Por lo demás, continuamos utilizando el lenguaje presuposicional para crear expectativas de éxito: “usted va a llegara a casa y...”

T. *Siga imaginando por favor, ¿que más cosas diferentes va a hacer ella?*

C2. *Seguramente no me reñirá nada más llegar.*

T. Vale. *¿Qué va a hacer en vez de reñirle?*

C2. *No lo sé, es complicado... Tal vez me dé un beso de bienvenida.*

T. *Bien, ¡buena idea!, tal vez le dé un beso de bienvenida. Siga usted imaginado por favor..., entra en casa y ve que ella está haciendo sus cosas, ella le oye llegar y se acerca para recibirle con un beso. ¿Qué más?*

C2. *Yo creo que no va a ser nada del otro mundo, hablaríamos de nuestras cosas...*

T. *Sí, sí, son precisamente esos pequeños detalles los que para nosotros son más importantes. Mire, se trata de que yo consiga hacerme una idea de como va a ser su vida una vez que ustedes hayan resuelto sus problemas y para eso son muy útiles los pequeños detalles de cada día.*

Es factible que nuestros clientes describan su futuro en negativo, haciendo referencia a lo que ya no va a suceder; a nosotros nos interesan los objetivos formulados en positivo y por eso hacemos preguntas como **¿qué va a hacer en vez de...?** Además, un comentario habitual de las personas es que esperan que los cambios se reflejen en pequeños detalles, nosotros les señalamos que son precisamente las cosas pequeñas las que más interés tienen para nosotros.

T. *(Dirigiéndose a la mujer) ¿Te puedes imaginar la escena que está describiendo tu marido?*

C1. *Sí, perfectamente.*

T. *¿Encaja también con tu milagro?*

C1. *Sí, sí, puede encajar.*

T. *¿De qué cosas crees tu que vais a hablar? (siguiendo con la mujer).*

C1. *Antes le gustaba llegar a casa y contarme lo que le había sucedido en el trabajo.*

T. *Ya, una de las cosas de las que seguramente vais a hablar es del trabajo.*

C1. *Sí o de los niños, o sobre lo que vamos a hacer el fin de semana. ¡Si es que ahora no hablamos!*

T. *Entonces váis a hablar más. Trata de seguir imaginando esa escena después del milagro ¿cómo crees que va a reaccionar él cuando llegue a casa y le recibas con un beso?*

C1. *Pues bien, el sabe que yo siempre he sido muy cariñosa.*

T. *Ya..., sí, ¿qué te imaginas que va a hacer?*

C2. *Me pondría muy contento.*

T. *No me cabe la menor duda, (mirando a la mujer) ¿en qué le vas a notar tú que está muy contento?*

C1. *No sé. A él se le nota en seguida en la cara, está más hablador..., hace chistes con lo que dicen en la televisión...*

*(Todos ríen)*

C2. *Ella sabe muy bien qué tipo de cosas ocurren cuando estoy contento, lo que pasa es que seguramente no las quiere decir...*

T. *A muy bien, a mí me basta con que te las imagines, cuéntame únicamente lo que se pueda decir.*

Decíamos anteriormente que otra de las características que nos interesan de los objetivos es que estén interaccionalmente descritos, por eso el terapeuta enseña la entrada a todos los presentes (en este caso sólo uno más). Para conseguir secuencias descritas interaccionalmente utilizamos preguntas circulares (Tomm, 1987, 1988), o cuestiones similares a **¿cómo va a reaccionar...?** La idea básica es que el terapeuta, a través de sus preguntas, haga que las personas construyan una secuencia alternativa a la secuencia que incluye el problema.<sup>5</sup> Para ello, es mejor que él infiera lo menos posible y haga que sean los clientes los que “trabajen”, los que piensen. No hay ningún problema si en alguna ocasión, como en el trozo de secuencia anterior, el terapeuta convierte él mismo lo positivo en negativo, o lo pasado en presente; de alguna manera, esta es una forma de modelar a los clientes; la única restricción es procurar no ir más allá de los datos, transformar sólo lo obvio (v.g. “voy a dejar de gritar” en “una cosa que va a cambiar es que vas a hablar en tono más bajo”).

El trabajo del terapeuta es conseguir que se describa el mayor número de secuencias diferentes posibles, relacionadas con todas las áreas sobre las que esta repercutiendo el problema. Por ello no nos contentamos con una primera descripción de un tema concreto, sino que seguimos buscando cambios en otros aspectos de la vida de nuestros clientes (**¿qué más va a ser diferente?**, ¿qué van a notar tus amigos?, ¿qué va a cambiar en el trabajo?). El propósito es que el cliente salga de la sesión con el mayor número posible de ideas sobre nuevas cosas a hacer en cualquier área de su vida.

Una dificultad habitual en los casos en que acuden a terapia dos personas en oposición es que cada uno formule objetivos *sobre* el otro

C1 *En realidad, cambiaría todo. Para empezar él dejaría de beber y yo nada más llegar a casa le notaría en el aliento que no ha bebido.*

T. *¿Cómo vas a reaccionar tú cuando te acerques a darle un beso de bienvenida y te des cuenta de que está sobrio?*

C1. *Para mí sería una sorpresa.*

T. *¿Qué imaginas que vas a hacer cuando te dé esa sorpresa?*

C1. *Eso estaría bien. Probablemente estaría más dispuesta a contarle lo que me ocurre y como me siento.*

---

<sup>5</sup>Podemos hacer que la secuencia imaginada sea interaccional aunque contemos con una única persona en terapia. Por ejemplo, aunque solo fuera el marido el que acude a tratamiento podríamos preguntarle: ¿quién va a ser la primera persona que va a notar que tu mujer y tu habláis más? o ¿qué es lo primero que tu mujer va a ver que haces diferente después de que dejes de beber?

Como se puede ver en el ejemplo, cuando los objetivos de una persona son cambios solicitados en otra (“él va a dejar de beber”), hacemos que la persona que pide formule una contrapartida (“le contaría mis cosas, etc...”).

Descrito en términos de “relato” (White y Epston, 1980), lo que pretendemos conseguir con la pregunta milagro es que nuestros clientes construyan una historia alternativa que pueda ocurrir en vez de “la historia saturada de problemas” que traen a terapia. En términos de secuencia interaccional, lo que pretendemos es que imaginen una secuencia en que el problema no se produce, con la que puedan suplantar la secuencia habitual. La idea general es que los clientes piensen en nuevas formas de actuar que puedan empezar a poner en práctica en la situación problemática. Por supuesto que hay un gran paso entre imaginar y ser capaces de poner en práctica las conductas imaginadas; que ese paso se dé o no va a depender, en nuestra opinión, de que consigamos descripciones (objetivos) que reúnan las características antes comentadas.<sup>6</sup>

Por ejemplo, los objetivos no tendrán ningún poder facilitador de la acción si los “relatos” que surgen de la pregunta milagro están demasiado lejos de la vida cotidiana (de ahí que insistamos tanto en que los clientes busquen cambios en pequeñas cosas). Por eso es necesario buscar un punto intermedio de manera que el nuevo “relato” implique una diferencia cualitativa respecto al antiguo, sin que resulte algo demasiado alejado de la realidad de nuestros clientes. Un “relato” puede convertirse en algo ajeno a la vida de las personas si el terapeuta interviene demasiado en el milagro de los clientes. Supongamos que el terapeuta sugiere, basándose en su experiencia, que un aspecto que va a mejorar son sus relaciones sexuales, y pide a los clientes que le describan qué va a cambiar en ese tema después del milagro. Si ése no es un objetivo relevante para ellos, por mucho que puedan imaginarse mejorías respecto a él, difícilmente van a ponerlas en práctica. También puede convertirse en algo demasiado alejado si dejamos que nuestros clientes formulen objetivos muy elevados o excesivamente abstractos. De ahí que trabajemos para que los objetivos sean alcanzables y descritos conductualmente. Cuanto más minuciosa sea la descripción conductual del nuevo “relato”, incluyendo lugar, tiempo y secuencia de conductas, más fácil será -probablemente- que las personas lo lleven a la práctica. En caso de que en la secuencia intervengan varias personas, aumentaremos el efecto facilitador de la

---

<sup>6</sup>Nos movemos en el terreno de la hipótesis puesto que la relación entre las características de los objetivos y su efecto sobre la conducta no está validada para este contexto de terapia, aunque sí hay evidencias que apoyan esta relación en otros modelos de tratamiento. Bandura (1989) postula la necesidad de que los objetivos sean relevantes para los clientes y otra serie de investigaciones demuestran que los objetivos concretos, próximos y alcanzables generan un mayor nivel de ejecución (Bandura y Cervone, 1983, 1986; Stock y Cervone, 1990).

conducta que tienen los objetivos, haciendo que cada uno de ellos describa qué es lo que va a hacer en ese momento futuro y qué espera que hagan los demás. Esto tiene sus inconvenientes, por lo que de entrada tenemos dos opciones: construir una secuencia futura con la intervención de todas las personas que intervienen en ella, o construir milagros aislados que luego intentaremos aunar. En nuestra opinión la primera opción es la más útil, pero puede resultar complicada en caso de que los objetivos sean contrapuestos; por ello, de entrada intentamos que todos participen en la construcción del nuevo relato y si ello no fuera posible exploramos sus “milagros” por separado.<sup>7</sup>

Habitualmente, la negociación de objetivos ocupa toda la primera sesión, si no fuera así podríamos dedicar el resto del tiempo a dar el siguiente paso en el esquema de la Figura 2, la búsqueda de excepciones.

#### **7.4.- Recordando las ocasiones en que el problema no se produce: el trabajo con excepciones.**

En realidad el trabajo con excepciones se produce en cualquier orientación de terapia familiar sistémica una vez que se han producido avances en la terapia. Lo que resulta novedoso es la sistematización que de esta labor hacen los terapeutas centrados en soluciones (de Shazer, 1988; Kral y Kovalski, 1989), así como el énfasis que se pone en que este trabajo se lleve a cabo desde el inicio de la terapia (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Llamamos *excepción* a cualquier suceso que ocurre en vez del problema, en las circunstancias en que éste suele darse (de Shazer, 1988).

El procedimiento habitual para trabajar con excepciones consta de varias fases que describimos a continuación:

1ª *Elicitar*. Ya hemos dicho que la primera posibilidad para identificar excepciones la tenemos al inicio de la terapia cuando preguntamos por el cambio pretratamiento (v.g. “desde que llamé no he vuelto a meter monedas en las máquinas ni una sola vez”). La segunda posibilidad suele surgir durante el proceso de negociación de objetivos; es bastante habitual que cuando las personas están pensando las cosas que van a ser diferentes se den cuenta de que algunas de ellas se han producido ya en alguna

---

<sup>7</sup>Una buena pista para saber si debemos construir milagros conjuntos o aislados nos la dan nuestros clientes en la fase inicial en la que aclaramos la demanda; si ya en ese momento sus demandas no coinciden podemos pensar que va a ser más útil construir milagros separados y luego intentar aunarlos.

ocasión (v.g. “en el verano estuve dos meses sin beber”).<sup>8</sup> Este es el momento de retomar ese tipo de informaciones y trabajar sobre ellas. Una buena posibilidad para pasar de la “pregunta milagro” al trabajo con excepciones consiste en preguntar ¿en qué ocasiones se ha producido ya alguna de las partes de ese milagro que han descrito? Estas son las vías de entrada a excepciones con que contamos en primera sesión, en sesiones siguientes las excepciones más relevantes, y sobre las que focalizaremos la mayor parte de nuestro trabajo, serán los avances que los clientes realicen en las metas que se han marcado.

2ª *Ampliar y analizar*. Consiste en transmitir al cliente que ese acontecimiento que relata tiene importancia para nosotros, ayudarle a identificarlo como algo distinto a lo que venía ocurriendo y, en consecuencia, relevante para el tratamiento. Para ello hacemos que el cliente describa detalladamente la secuencia que constituye la interacción, tal descripción debe reunir de nuevo algunas de las características que anteriormente reseñábamos para los objetivos (describir hechos, pensamientos y sentimientos concretos, de una forma interaccional). Nos interesará saber qué ocurrió y cómo actuaron cada uno de ellos y, si es posible, haciendo también referencias concretas a tiempos y lugares.<sup>9</sup> Trabajando con excepciones no tenemos por qué quedarnos únicamente en lo puramente conductual, podemos invitara a los clientes a que nos describan también lo que sintieron o lo que pensaron. Además de saber lo que ocurrió, haremos que reflexionen sobre cómo es eso diferente de lo que estaba ocurriendo antes. Con ello estamos generando de nuevo un relato alternativo a la “historia saturada de problemas”, con el valor añadido de que en esta ocasión la historia ya ha sucedido. Las excepciones pueden tener distintos grados de interés para nosotros dependiendo de lo relacionadas que estén con los objetivos. Por ejemplo, en el caso de la persona que consulta por “bulimia” y que ha establecido como objetivo “comer con ‘normalidad’, sin vomitar después”, puede ser útil trabajar con la excepción “en las últimas semanas están mejorando mucho mis relaciones sociales”; puesto que con ello estaremos aumentando sus recursos para enfrentarse al problema. De todas maneras, una excepción más directa sería “en la última semana conseguí tres días resistir la tentación de comer con exceso y luego vomitar”.

---

<sup>8</sup>Si las excepciones surgen durante el trabajo con la “pregunta milagro” el terapeuta no interrumpe el curso de ésta, se limita a reseñarla como algo importante y a indicar que será “un tema muy interesante del que luego nos ocuparemos”.

<sup>9</sup>Los relatos generados por las excepciones pueden tener distintos grados de generalidad: podemos centrarnos en lo que ocurrió un día concreto (“el domingo pasado pasé por delante de una máquina sin introducir monedas”) o, cuando la excepción se ha repetido en varias ocasiones, extraer el patrón que suele darse cuando el problema no se da (“cuando estoy más tranquilo me resulta más fácil resistir la tentación del juego”).

3ª *Atribuir control de forma retrospectiva.* Para anclar las “diferencias” que suponen las excepciones, el terapeuta debe maniobrar de forma que ayude a las personas a descubrir qué explicación puede tener el que las cosas vayan mejor. Hay toda una serie de preguntas que el terapeuta puede plantear para ayudar a los clientes a descubrir las claves de su éxito; las más directas son: ¿cómo te las arreglaste para...?, ¿qué sucedió antes que te ayudó a...?, ¿qué pusiste de tu parte esa vez que hizo que?, ¿cómo te ayudó tu familia a conseguir...?; algunas más indirectas serían: ¿qué pudo tener que ver con que tú...? Lo que buscamos en cualquier caso es que las personas atribuyan sus avances a causas internas (lo que ellos hicieron, sintieron o pensaron) y si es posible estables (aprendizajes que han realizado, cualidades que poseen). El que consigamos o no atribuir las excepciones a hechos repetibles da lugar a dos tipos de excepciones (de Shazer, 1988): las excepciones son *deliberadas* cuando el cliente ha descubierto que algunas de las cosas que él hace ayudan a que el problema no se produzca, y son *espontáneas* cuando el cliente todavía no atribuye las mejorías a nada concreto.

En el caso de que la excepción que hemos estado analizando no parezca directamente relacionada con los objetivos (v.g. la mejoría de las relaciones sociales en la cliente diagnosticada de bulimia), podemos cerrar el ciclo de trabajo preguntando sobre las implicaciones que para la resolución de los problemas pueden tener los avances conseguidos (v.g. “¿cómo te va a ayudar a enfrentarte a la ‘bulimia’ el hecho de tener una nueva amiga?”).

Este proceso se va aplicar a todas las excepciones que vayan surgiendo durante todo el tratamiento; de manera que una vez que le hemos “sacado el jugo” a una de ellas, podemos seguir preguntando: ¿qué más cosas han ido mejor en los últimos días? Lo único que debemos procurar es no escoger episodios demasiado parecidos para que el cliente no repita lo mismo una vez tras otra. Para ello es buena idea que revisemos las distintas áreas sobre las que el cliente propuso objetivos (¿que cosas han mejorado en vuestras relaciones de pareja?, ¿qué mejorías ha habido en relación a tus amigos?, etc...).

## 8.- LAS SESIONES SIGUIENTES: MANTENIENDO EN MARCHA LOS AVANCES

Decíamos que solemos emplear toda la primera sesión en hacer que nuestros clientes describan cómo va a ser su futuro una vez que sus problemas se hayan resuelto, aunque en algunos casos ya en la primera sesión se trabaja con excepciones. Al final de cada una de las entrevistas el terapeuta realiza una intervención final que va a estar muy determinada por lo que haya ocurrido durante la consulta (más adelante explicaremos en qué consisten las intervenciones y cómo decidir qué decir). De lo que ahora queremos ocuparnos es de cómo retomar la cuestión en las sesiones siguientes.

### 8.1.- *Cuando las cosas van mejor o cómo seguir ampliando y generando excepciones*

Todas las sesiones en que se trabaja con terapia centrada en soluciones están dirigidas a buscar excepciones. De manera que el terapeuta siempre tiene como opción recuperar para la terapia posibles excepciones que surgieron durante entrevistas anteriores y no fueron convenientemente analizadas (“creo recordar que en la sesión anterior me contaron que usted estuvo todo el verano sin probar el alcohol”). Nosotros, sin embargo, preferimos centrarnos en excepciones más próximas, en aquellas que puedan haber sucedido entre una sesión y otra y que seguramente constituirán avances en las metas que el cliente se ha marcado. El inicio más habitual de una segunda sesión de TCS es empezar preguntando por mejorías. Ejemplificaremos un inicio de segunda sesión y el trabajo de ampliar excepciones volviendo al ejemplo del hombre que solicita ayuda para dejar de jugar a las “máquinas tragaperras”. Durante la primera entrevista se exploró un cambio pretratamiento, sin conseguir atribuciones internas de cómo conseguía resistir la tentación de jugar. El cliente y su mujer habían contestado a la pregunta milagro describiendo varios aspectos de su relación que querían mejorar.

*T. Me imagino que en los siete días que llevamos sin vernos habrá habido momentos buenos y momentos malos, me gustaría empezar hablando de los primeros ¿qué cosas han ido mejor durante esta semana?*

*C1. Sigo sin jugarme ni una sola peseta.*

*T. ¿Si? (haciendo mucho énfasis). ¿Cuánto tiempo llevas ya sin jugar?*

*C1. Exactamente 22 días.*

*T. ¡Son muchos días!*

*C2. Es su récord, nunca había conseguido estar tanto tiempo.*

*C1. ¡La verdad es que ha sido una semana perfecta!*

T. (A los dos) ¿cuéntenme que ha pasado?

C2. Yo creo que mi marido ha hecho un buen trabajo.

T. Estoy seguro de que usted también le ayuda mucho.

C1. Es cierto, ella ha hecho que en casa todo esté más tranquilo.

T. ¿Cómo le ayuda eso?

C1. Pues mire, yo creo que lo más importante es que yo no esté nervioso. Antes estaba nervioso porque siempre tenía que mentirle y una mentira iba detrás de otra, al no jugar ya no tenía necesidad de engañar a nadie.

T. Bien, entiendo. Me gustaría saber como son las cosas en su casa cuando están más tranquilos. (A la mujer) ¿en qué se le nota a su marido la mayor tranquilidad?

C2. No sé, me he dado cuenta de que pasa más tiempo conmigo. He notado que él ha hecho un esfuerzo por ayudarme con las cosas de la casa, aunque no se le den muy bien. (los dos se ríen) Yo llegaba de trabajar y la casa estaba limpia y las cosas de la niña recogidas.

C1. (Entre risas) No se me dan bien las tareas caseras, pero he decidido que tengo que ayudarla, al fin y al cabo ella es la que trae el dinero a casa.

T. ¿Se sorprendió mucho al descubrir que él es todo un “amo de su casa”?

C1. (Riéndose) la verdad es que no lo hago muy bien.

T. Pero al menos lo intenta ¿no? (A la mujer) ¿cómo reaccionó usted al llegar a casa y darse cuenta de que todo estaba en orden?

C2. Pues no lo sé, supongo que me puse muy contenta.

C1. Si lo sabes. (Mirando al terapeuta) ella ha estado mucho más comprensiva conmigo, hemos discutido menos. Para mí lo más importante es que ella no ha estado todo el tiempo recordándome que debía salir de casa a buscar trabajo.

C2. El se me ha adelantado, ha vuelto a llamar a la empresa donde trabajaba solicitando su empleo anterior.

T. Eso es muy interesante, esa es precisamente una de las cosas que ustedes dijeron que sería un buen indicador de que las cosas van mejorando. Veo que han tenido una semana muy activa; las cosas en casa están al menos un poco mejor, han discutido menos, usted se ha puesto a buscar trabajo y además sigue sin jugar. Vamos por partes, (a la mujer) ¿qué es lo que su marido ha estado haciendo diferente durante esta semana?, ¿cuál de las cosas que ha hecho le ha llamado más la atención?

C2. Pues eso, yo le he visto más activo.

T. Sí, ¿puede ponerme un ejemplo?

C2. Pues..., sacó a pasear a la niña porque a mí me dolía la cabeza. También hizo las tareas de la casa y fue a la compra...

T. Son buenos ejemplos, siga...

C2. Llamó para enterarse si podía volver a su antiguo empleo...

C1. (Superponiéndose) lo perdí por culpa del juego.

T. (Dirigiéndose al marido) Me queda claro lo que ustedes dos han estado haciendo para que las cosas vayan mejor en casa, lo que no acabo de entender es cómo eso le ayuda a mantenerse alejado del juego.

*Cl. Está completamente relacionado, antes me sentía desesperado, en tensión. La única salida que veía era salir y jugar.*

*T. ¿Qué cosas ha hecho ella que le ayudan a estar alejado de las máquinas?*

*Cl. Al salir de aquí seguimos hablando de lo que nos pasaba, lo hemos empezado a ver como una “enfermedad”, ahora siento que ella me comprende...*

*T. Estoy de acuerdo con eso, usted se ha dado cuenta de que trabajan en equipo y eso le ayuda, ¿qué cosas de las que ella ha estado haciendo le han ayudado más?*

*Cl. Sobre todo el que escuche mis problemas y no me eche en cara que estoy en el paro o que soy un mal padre.*

Este es el tipo de trabajo que puede realizar el terapeuta en el caso de que haya mejorías entre una sesión y otra. Después de trabajar con los avances utilizamos lo que llamamos preguntas de escala (ver Figura 3): el terapeuta pide a los clientes que evalúen el estado actual del problema en una escala de 1 a 10, siendo “1” el peor momento en que han estado las cosas y “10” el momento en que todos los problemas por los que han consultado han quedado resueltos. La pregunta va dirigida a cada una de las personas presentes y de su respuesta se derivan varias posibles entradas. Imaginemos que el supuesto “ludópata” y su mujer contestan a la escala poniéndose en siete y seis, respectivamente; el terapeuta puede seguir trabajando con recursos preguntando al marido: ¿qué hace que tu seas más optimista que ella? Otra posibilidad que tiene el terapeuta es preguntarle a cada uno: ¿cuál es la clave de que hayáis subido de uno a seis o siete? Con este tipo de preguntas el terapeuta tendría una nueva oportunidad para continuar atribuyendo los avances a conductas o cualidades de las personas. Otro posible uso de las escalas tiene que ver con fijar objetivos a corto plazo y seguir facilitando avances; para ello, el terapeuta puede preguntar: ¿en qué vais a notar que estáis ya en 8?, y hacer con los clientes un trabajo similar al que se realiza al operacionalizar objetivos.

## **8.2.- ¡No hay mejorías a la vista!: buscando excepciones desesperadamente**

Supongamos que, de entrada, los clientes dicen que las cosas no han mejorado; en este caso tendríamos varias opciones para insistir en la búsqueda de excepciones (ver Figura 3): a) deconstruir buscando diferencias; b) recordar comentarios sobre ocasiones en que el problema no se dio que aparecieron en momentos anteriores del tratamiento y no fueron investigados; c) la tercera posibilidad consiste en investigar

cómo hicieron la tarea que se les pidió en la entrevista anterior, siempre buscando áreas de recursos para ampliar y atribuir.

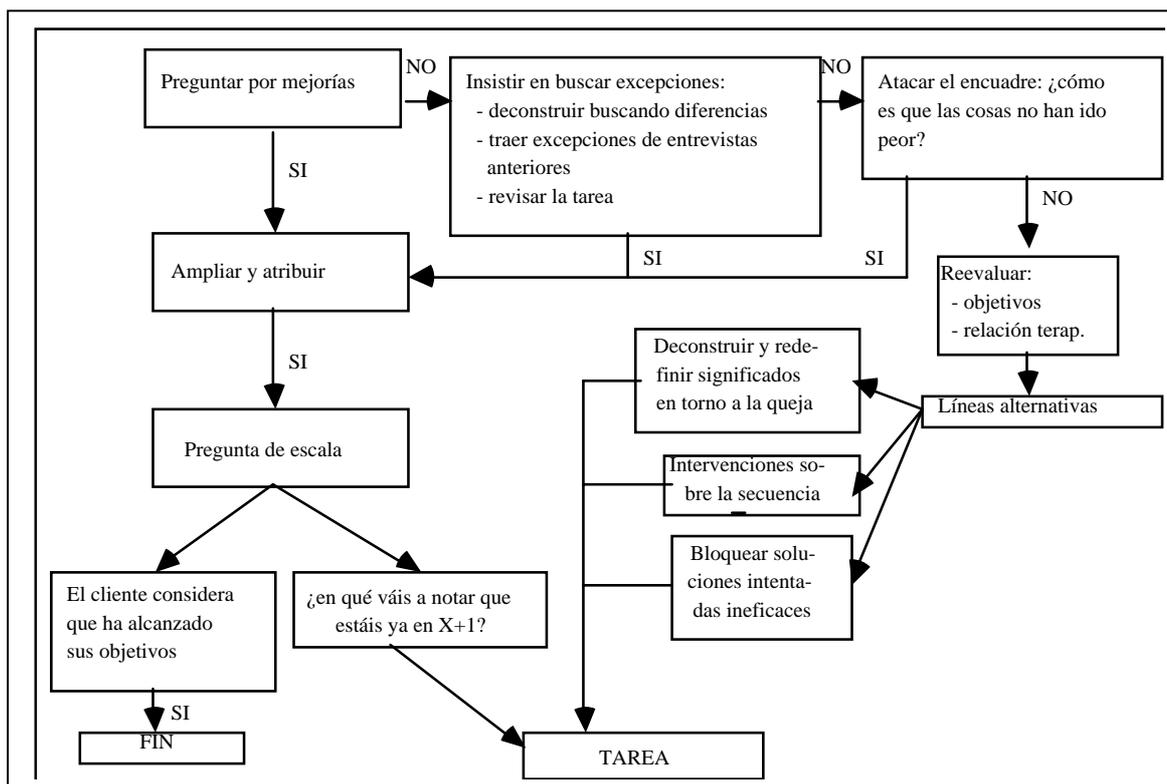


Figura 3. Toma de decisiones en sesiones posteriores

En cuanto a la primera de las alternativas, no nos damos por vencidos ante un “todo va mal” o un “nada va mejor”; en estos casos deconstruimos buscando diferencias. Podemos preguntar por ejemplo: ¿qué cosas fueron menos mal?, ¿cuál fue el mejor día de la semana?, ¿en qué situaciones ocurre menos el problema? o ¿en cuál de todas las áreas de su vida han notado pequeñas mejorías? La idea es buscar alguna “diferencia” que pueda estar asociada a días (“creo recordar que el lunes fue un día más tranquilo para los dos”), lugares (“fuera hablamos más que en casa”), puntos de vista de personas (“yo soy más optimista que él, yo creo que los dos hemos hecho un pequeño esfuerzo durante la semana”) o áreas de la vida (“probablemente estemos más unidos a la hora de decidir cosas sobre la educación de nuestra hija”). Con frecuencia encontramos que, como consecuencia de esta búsqueda de “diferencias”,

los clientes que al principio no percibían ninguna mejoría terminan por generar toda una importante lista de excepciones. Por ello no nos importa dedicar mucho tiempo y esfuerzo a buscar qué es lo que hay después de una primera respuesta descorazonadora. Por otra parte, es posible que uno de los hechos que más contribuya a que los problemas se mantengan es que las personas están muy acostumbradas a detectar las pruebas de que éstos existen y, sin embargo, pasan por alto todas las ocasiones en que se están enfrentando eficazmente a ellos. Nuestro trabajo es darles muchas oportunidades para que descubran aquello que ya están haciendo bien.

Si ninguna de estas alternativas permitiera trabajar sobre recursos, el terapeuta puede optar por una línea más fuerte: ¿cómo es que las cosas no están peor? Esta puede ser una nueva entrada para trabajar sobre excepciones, aunque únicamente la utilizamos cuando nuestros clientes responden a nuestras cuestiones con una queja tras otra, insistiendo en que el suyo es un problema muy grave y de difícil solución.

## **9.- UN CAMBIO TEMPORAL DE LÍNEA: TRABAJANDO CON EL PROBLEMA PARA GENERAR EXCEPCIONES**

En el caso de que ninguna de las estrategias comentadas en el apartado anterior tuviera resultados positivos, el equipo terapéutico podría plantearse un cambio de línea. De entrada sería bueno evaluar si los objetivos con los que contamos reúnen las características que hemos venido especificando, poniendo especial atención en que sean relevantes para los clientes. No es infrecuente comprobar que los terapeutas se han “empeñado” en conseguir una metas que en realidad la familia no percibe como suyas. Otro elemento a revisar es la relación del terapeuta con cada una de las personas que acuden a tratamiento, a este respecto chequearemos sobre todo posibles desequilibrios de alianzas y diseñaremos una estrategia para reequilibrar nuestra relación con todos los miembros de la familia. Una posibilidad adicional es revisar si lo que hemos hecho se ajusta al estilo de colaboración de nuestros clientes (de Shazer, 1985). A este respecto, podemos aplicarnos nuestra propia filosofía y buscar cuáles de la técnicas que hemos empleado han funcionado, e intentar deducir a partir de este análisis cuál es el estilo de cooperar de la familia y qué podemos hacer para ajustarnos a él.

Después de estas dos medidas generales el terapeuta puede pensar en cambiar de línea, en la Figura 3 aparecen las posible vías de entrada para trabajar con el problema.

### **9.1.- Deconstruyendo significados: socavando los relatos dominantes.**

Esta primera opción consistiría en trabajar con los significados que las personas han establecido en torno al problema y sería una alternativa al proceso de *reconstrucción* de significados que supone el trabajo con excepciones. *Deconstruir* es rastrear los significados que las personas atribuyen al problema (su origen, por qué se mantiene, quién está involucrado, cómo puede resolverse). Deconstruir supone aceptar el marco de referencia global que esgrimen los clientes, esto es, aceptar de entrada como válido el relato dominante que ellos nos proponen; pero, a partir de esta aceptación, tratar de introducir dudas en su forma de ver las cosas. A continuación presentamos un ejemplo de deconstrucción de significados en torno al origen del problema, realizado en un caso de tartamudez. En una sesión anterior el terapeuta ha identificado excepciones, pero el cliente siempre las atribuye a causas externas pasajeras; él está convencido que su problema se debe a un trastorno orgánico y esa convicción está bloqueando la terapia.

*T. Así que usted piensa que tartamudea porque algo funciona mal en su cerebro.*

*C. No encuentro otra explicación.*

*T. Parece lógico pensarlo ya que su padre también tartamudeaba.*

*C. Eso es lo que hace que esté convencido de que lo mío es heredado.*

*T. Sin embargo, usted dice que el tartamudeo no es siempre el mismo ¿no es cierto?*

*C. Sí, hay veces que me bloqueo mucho menos, aunque como ya le he dicho no sé con qué puede estar relacionado.*

*T. Es curioso que si usted tiene un trastorno cerebral, se manifieste en unas ocasiones sí y en otras no.*

*C. Yo tampoco lo entiendo, y le aseguro que pensado muchas veces en ello.*

*T. Me lo imagino. ¿Ha encontrado algo que puedan tener en común las situaciones en que tartamudea menos?*

*C. Sé que tartamudeo más cuando estoy nervioso.*

*T. ¿Qué relación puede tener eso con un posible daño de su cerebro?*

*C. No lo sé.*

*T. ¿Hay situaciones en que está completamente calmado y no tartamudea?*

*C. Creo que no he conseguido nunca hablar completamente bien.*

*T. Ya, ¿y cuando habla solo, por ejemplo?*

*C. Sí, hablando solo las cosas salen a la perfección.*

*T. ¿A la perfección? (enfaticando la pregunta).*

*C. Sí, a la perfección.*

*T. Me sigue pareciendo curioso. ¿Qué puede suceder con el “trastorno cerebral” en esos casos?*

*C. Pues no lo sé, tal vez...*

*T. Por lo que yo sé hablando solo intervienen los mismos órganos cerebrales y fonatorios que cuando habla con más gente.*

*C. Claro..., claro.*

*T. Hmm.*

*C. A lo mejor todo tiene que ver con que me ponga o no nervioso.*

*T. Es posible, ¿qué hace que usted se ponga nervioso?*

### **9.2.- Trabajando la secuencia de la queja: pequeñas variaciones conductuales para producir cambios en el sistema**

Este procedimiento consiste en identificar la secuencia interaccional que ocurre en torno a la queja e introducir una variación en ella. Una de nuestras clientes “bulímicas”, por ejemplo, solía empezar a comer en torno a la una del mediodía, hacia esa hora comenzaba a sentirse nerviosa porque sus hijos mayores iban a llegar del colegio y tenía que preparar la comida. Las cosas siempre sucedían de la misma manera: dejaba a su hijo de tres años viendo la televisión, se encerraba en la cocina y empezaba a comer grandes cantidades de galletas y patatas fritas. Cuando terminaba se sentía completamente harta y tenía que beber mucha agua de agua para ayudar a ingerir la comida que apenas había masticado. Toda esta operación duraba aproximadamente treinta minutos que siempre terminaban con un vómito autoprovocado.

Hay muchas posibles pequeñas variaciones que se pueden introducir en una secuencia de este tipo (ver O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Podríamos pedirle por ejemplo que cambie el lugar físico dónde se producen los atracones (“queremos saber qué es diferente si comes en tu habitación en vez de en la cocina”). Otra posibilidad es cambiar la duración de la secuencia (“te sugerimos que empieces a comer media hora antes y te las arregles para comer la misma cantidad en una hora”). También podemos introducir algún cambio en el horario (“nos gustaría que en vez de a la hora de comer te dieras un atracón en el desayuno”). Cuadrarían también cambios en el orden de los hechos (“queremos que bebas primero mucha agua y luego comas todo lo que quieras”), o añadir elementos nuevos a la secuencia (“queremos que sigas dándote los atracones como hasta ahora, lo único que te pedimos es que antes de empezar a comer te pongas tu mejor vestido”). Otra táctica muy utilizada es asociar la aparición de la

queja a una tarea gravosa (“asegúrate de tener tiempo para limpiar bien toda la cocina después de cada uno de los atracones”).

Cualquier petición de este tipo va a requerir que el terapeuta haya establecido una buena relación terapéutica; pero además, la intervención deberá estar diseñada para que se ajuste a la postura de los clientes (la mujer de nuestro ejemplo decía que se sentía incapaz de contener los “atracones”, aunque sí tenía fuerzas suficientes para hacer pequeñas cosas en relación a ellos). De todas maneras, contamos con técnicas para “vender tareas” que nos pueden servir para que las personas acepten este tipo de prescripciones (“te pedimos esto como un pequeño experimento para terminar de evaluar el problema por el que nos consultas”) (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

### ***9.3.- Bloqueando soluciones intentadas: todo lo que los clientes hacen que no sirve puede estar colaborando en el mantenimiento del problema***

Esta forma de conceptualizar los problemas es postulada por el Mental Research Institute (MRI) (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Trabajando en este modelo el terapeuta se informa de todos los intentos de solución ineficaces que el cliente está generando y construye hipótesis de cómo éstos colaboran a mantener el problema. Fisch, Weakland y Segal (1982) proponen cinco ejemplos de cómo los distintos intentos de solución de una persona o familia pueden agruparse según denominadores comunes, de los cuales se derivaría una estrategia de intervención general o giro de 180° que serviría para interrumpir la interacción problema-solución. El giro de 180°, a su vez, se plasma en la práctica en una serie de tareas específicas que el terapeuta prescribe.

Un matrimonio de edad avanzada solicitó nuestra ayuda porque el más joven de sus hijos (17 años), quien no acude a consulta, había cometido en los últimos meses diversos actos delictivos: había robado en el restaurante en el que estaba trabajando, había conducido (sin tener el permiso de conducir) el coche de sus padres, produciendo daños en otro auto aparcado y dándose a la fuga, y agredió a su jefe violentamente cuando trabajaba en un supermercado. El intento de solución básico de los padres es resolver ellos mismos cada uno de los problemas que su hijo va planteando: convencen al dueño del restaurante para que no presente cargos, la madre se responsabiliza ante la policía del accidente, por lo cual pierde temporalmente su permiso de conducir, y desembolsan una buena suma de dinero para convencer al encargado del supermercado de que no demande a su hijo. Después de cada uno de

estos incidentes los padres pasan largas horas con su hijo discutiendo sobre las razones que le llevan a cometer tales desaguisados. Al final de cada episodio el hijo se muestra arrepentido y muy agradecido por la ayuda recibida, los padres le aseguran que le quieren y que su obligación es ayudarlo en todo lo que puedan. Lo que tienen en común todos los intentos de solución es que el joven nunca sufre las consecuencias de sus tropelías. Una intervención que supone un giro de 180° es pedir a los padres que al llegar a casa informen a su hijo que se sienten cansados y sin fuerzas para seguir ayudándole, que se sienten mayores y que quieren vivir despreocupadamente el resto de los años que les quedan. Le dirán además que, como le quieren mucho, han decidido invertir parte del dinero que tenían guardado para regalarle un coche cuando tuviera edad para conducir en contratar una agencia de abogados que le pueda sacar de posibles nuevos actos delictivos.

Cualquiera de las tres técnicas de trabajo con problemas que hemos comentado puede hacer que en la sesión siguiente se produzcan cambios. Por ejemplo, la persona que tartamudea puede venir a la siguiente consulta diciendo que la última semana ha estado menos nervioso y ha hablado mejor; la cliente con “bulimia” puede informar que se puso su vestido favorito y que eso le impidió darse un “atacón”, o los padres del último caso pueden venir diciendo que su hijo ha estado muy tranquilo durante el último mes. Estas variaciones pueden ser entendidas como excepciones, por lo cual el terapeuta puede volver a trabajar centrado en soluciones; ampliando, analizando y atribuyendo los cambios según la técnica expuesta en un apartado anterior.

## **10.- LA INTERVENCIÓN AL FINAL DE CADA SESIÓN: CÓMO SACARLE MAYOR PARTIDO AL TRABAJO REALIZADO EN LA ENTREVISTA**

Después de cada sesión y tras una pausa en la que intercambia información con su equipo, el terapeuta entra y da un mensaje final a sus clientes.<sup>10</sup> Nosotros consideramos que en TCS el trabajo fundamental se realiza durante la entrevista; sin embargo, las intervenciones sirven para afianzar los cambios generados durante la sesión y para fomentar que los significados generados por la conversación terapéutica se plasmen en nuevas formas de actuar. El esquema de la intervención final no varía

---

<sup>10</sup>En caso de que trabajemos sin equipo también realizamos la pausa y nos tomamos un tiempo para reflexionar y preparar la intervención.

esencialmente de una sesión a otra.<sup>11</sup> Podemos decir que la intervención consta fundamentalmente de dos partes: comentario positivo y tarea.

### **10.1.- Elogiando para conseguir colaboración**

El comentario positivo trata de crear en los clientes una mejor disposición para aceptar cualquier sugerencia posterior. El comentario positivo debe deducirse directamente de algo que los clientes hayan hecho o dicho en la sesión. El mejor elogio es recordar cualquier avance que los clientes hayan comentado en la entrevista (“los dos habéis hecho un buen trabajo para conseguir que él se mantenga alejado del juego”) y repetir, si lo tenemos claro, cualquiera de las cosas que ellos han estado haciendo y que han ayudado a que los avances se produzcan (“nos queda muy claro que el que tu hayas estado más activo haciendo las tareas de la casa y buscando trabajo, y el que ella haya sido más paciente contigo, son las cosas que más os están ayudando”). También podemos recordar cualquier cualidad positiva que ellos se hayan atribuido durante la sesión (“estamos de acuerdo contigo en que ella es una persona muy paciente”) o incluso decirles las cualidades que nosotros hemos detectado (“pareces una persona muy sensata al decidir que todavía no ha llegado el momento de ir solo a los bares”). En el improbable caso de que no encontremos otra alternativa, siempre podemos hacer comentarios estándar como agradecerles “lo bien que se han expresado”, reconocerles “las ganas de trabajar sobre el problema que tienen” o lo bien que están sobrellevando una “situación tan difícil”.

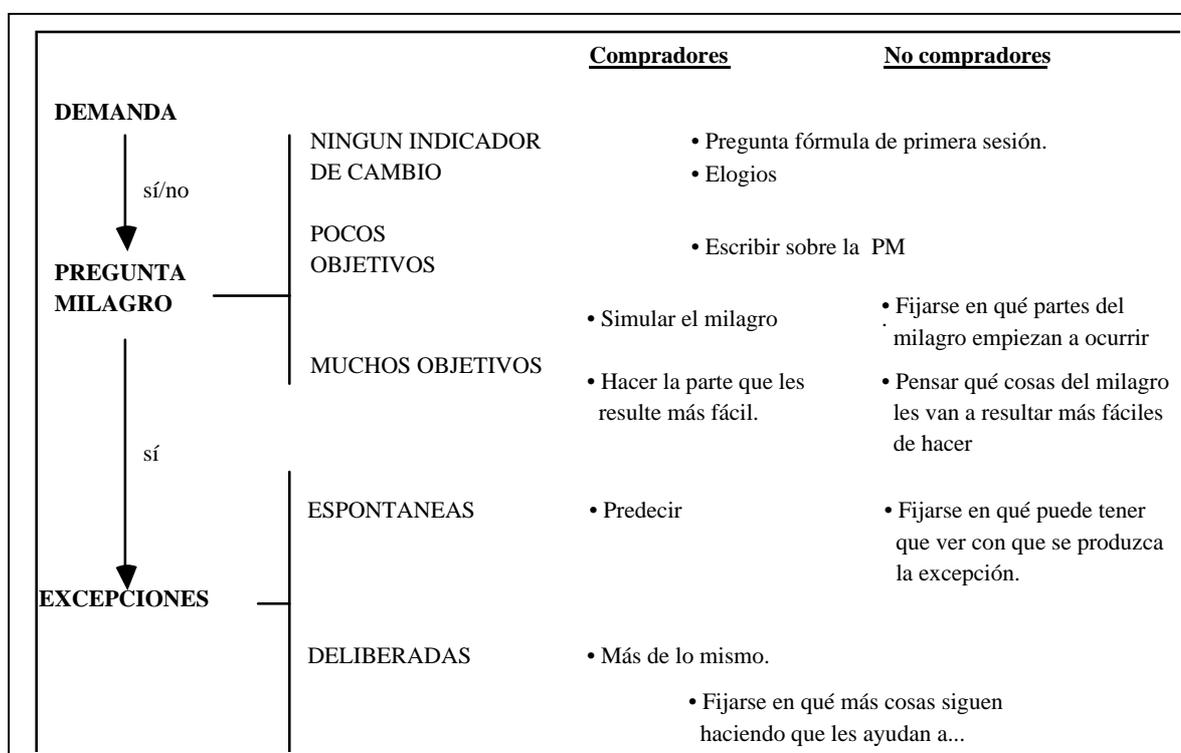
Procuramos que los elogios estén conectados con la tarea; de manera que si vamos a sugerir una tarea difícil nos convendrá elogiar la disposición a trabajar de nuestros clientes, y si vamos a pedir una tarea de observar puede ser útil que elogiemos sus cualidades para la observación. Conseguiremos que los elogios sean creíbles haciendo que sean cortos y extrayéndolos de algo que ha ocurrido durante la entrevista.

---

<sup>11</sup>El esquema puede ser ligeramente diferente en primera sesión. En ésta el terapeuta puede recordar los objetivos que se han negociado, alguna idea adicional sobre aspectos formales de la intervención (nº de sesiones, periodicidad, etc.), una “explicación” sobre lo que les está ocurriendo a los clientes si ellos la pidieran, etc.

### 10.2.- Las tareas específicas de la TCS

Ya hemos hablado del tipo de tareas que pueden derivarse de un trabajo centrado en el problema (cambios en la secuencia, tareas para bloquear soluciones intentadas). En la Figura 4 se presentan algunas de las tareas más características de la TCS. El objetivo de éstas es mantener en marcha las soluciones y/o generar otras nuevas de manera que haya más excepciones para trabajar en la sesión siguiente.



**Figura 4. Criterios para decidir la tarea**

A la hora de decidir qué tarea pedir tendremos en cuenta dos cuestiones: a) si en la entrevista los clientes se han mostrado o no como “compradores de terapia” y b) cómo han cumplido las tareas que anteriormente les hemos pedido. Decimos que un cliente se comporta como comprador de terapia si está dispuesto y se siente capaz de hacer las cosas que le pidamos para resolver su problema. Consideramos “comprador” a toda aquella persona que piensa que tendrá que poner algo de su parte para resolver

el problema y que además espera que sea el terapeuta quién le sugiera cuáles son los pasos que tiene que dar. Por otra parte, procuramos adaptarnos al estilo de cumplir tareas de nuestros clientes, de manera que si en ocasiones anteriores han cumplido de manera modificada, las tareas que les hemos dado les daremos tareas modificables; y si no cumplen tarea, no les damos ninguna y nos limitamos a elogiarles (de Shazer, 1982).

Si al final de la sesión, y después de buscar que nuestros clientes realicen una demanda e intentar que formulen metas a través de la pregunta milagro, no tenemos ningún objetivo claro o contamos con pocos indicadores, podríamos pedir a nuestros clientes que durante la siguiente semana trataran de imaginarse qué va a ser diferente una vez que sus problemas se hayan resuelto y nos lo traigan por escrito. Hay personas que a pesar de mostrarse muy colaboradores tienen dificultades para imaginarse su futuro en la situación de terapia; es muy habitual, sin embargo, que traigan a la segunda sesión toda una lista de avances que esperan obtener y sobre los que el terapeuta podrá trabajar. Si la persona no se muestra como “compradora” y se ha pasado toda la sesión quejándose, nos limitaremos sencillamente a elogiarla y como mucho pedirle la “tarea fórmula de primera sesión” (de Shazer, 1985): “fíjense en todo aquello que ocurre en sus vidas que les gusta y que les apetece que siga ocurriendo”.

Si como resultado de la entrevista contamos con un “milagro” bien descrito tenemos varias posibilidades. Si los clientes son compradores podríamos sencillamente pedirles que comenzaran a poner en práctica aquellas partes del milagro que les resulten más fáciles de llevar a cabo. Una posibilidad más lúdica consiste en pedir que “simulen el milagro” un par de veces a la semana; si trabajamos con un solo cliente en terapia le pediremos que se fije en cómo reaccionan las personas de su entorno los días que elige simular; si trabajamos con varios clientes podemos pedirles que simulen en secreto y que cada uno de ellos trate de adivinar los días que el otro eligió para simular. La idea, en cualquier caso, es que ellos se fijen en las conductas propias y ajenas que ayudan a que las cosas vayan mejor. Si no estamos muy seguros de que nuestros clientes sean compradores, será más adecuado que pidamos tareas de observar o pensar en vez de tareas de hacer. Una buena opción para este caso es pedir que se fijen en qué partes del milagro empiezan a ocurrir o que piensen cuál de todos los aspectos del milagro que han descrito va a ocurrir primero. Cualquiera de las dos tareas va a favorecer que acudan a la siguiente sesión habiendo detectado excepciones.

Puede que durante la terapia se haya dado un paso más y que, independientemente del tipo de objetivos que tengamos, hayamos ya identificado excepciones. Si el cliente todavía no atribuye los momentos de mejoría a nada concreto, las tareas deberán ir encaminadas a favorecer que lo haga. Una tarea muy útil con clientes compradores es la de predecir. Consiste en pedirles que la primera noche hagan una predicción por escrito sobre si al día siguiente se va a producir o no un episodio de mejoría; a partir de ahí, cada noche deberán anotar si acertaron o no en su predicción y realizar una nueva para el día siguiente. Trabajando con los resultados de esta tarea el terapeuta tendrá posibles entradas para atribuir los cambios a conductas o cualidades de los clientes. Una forma menos costosa, y posiblemente más adecuada para compradores, de llegar al mismo punto es pedir que se fijen en cuáles de las cosas que ellos hacen ayudan a tener momentos mejores. Con ello les hacemos prestar atención a los acontecimientos positivos, con lo cual garantizamos que en la sesión siguiente haya nuevas excepciones para trabajar; y, al mismo tiempo, facilitamos que en la siguiente sesión encuentren algo que sirva para producir la excepción deliberadamente.

Si al final de la entrevista tenemos excepciones deliberadas, la intervención consistirá en recordar a los clientes todo lo que han estado haciendo para conseguir avances; puesto que han hecho algo que está funcionando, nuestra sugerencia es que lo sigan haciendo y que además se fijen en qué otras cosas les sirven para continuar mejorando.

Las tareas aquí expuestas son las más específicas de la TCS (de Shazer, 1982, 1985, 1988, 1991), pero el terapeuta siempre puede completarlas -o incluso sustituirlas- por cualquier tarea que sirva para introducir informaciones nuevas en el sistema y, por lo tanto, para producir cambios que en sesiones siguientes puedan ser analizados como excepciones. Para este fin, valdrían cualquiera de los cambios en la secuencia de la queja o las tareas para bloquear soluciones ineficaces de las que hemos hablado. Nosotros, sin embargo, preferimos ser conservadores y utilizar la más simple de las tareas con posibilidad de generar cambios, siempre y cuando se ajuste a lo que los clientes han relatado durante la sesión.

Ya hemos dicho que tiene que existir una fuerte vinculación entre elogio y tarea y que, al mismo tiempo, ambos deben estar muy relacionados con lo que ha sucedido a lo largo de la primera fase de la sesión. Además, en la intervención debe utilizarse el lenguaje de los clientes, las palabras y giros que ellos utilizan para hablar de sus problemas. Con ello facilitaremos que nuestras intervenciones encajen en la “visión de mundo” de nuestros clientes (Fisch, Weackland y Segal, 1982) y que éstos las

acepten y pongan en práctica; habiendo así sentado las bases para que se produzcan los cambios que clientes y terapeutas desean. Otra manera de aumentar las posibilidades de que nuestras intervenciones les “lleguen” a nuestros clientes es utilizar expresiones que impliquen acuerdo: “pensamos que tenéis razón cuando decís que...”, “estamos de acuerdo contigo en que...”.

## 11.- OTRAS TÉCNICAS

Las distintas técnicas que hemos venido presentando constituyen únicamente la estructura básica de la TCS; además, el terapeuta utiliza en las entrevistas otra serie de recursos técnicos que describimos a continuación.

En este modelo de trabajo el terapeuta cuida al máximo la **relación** con el cliente. Establecer una buena relación empática es un elemento básico para abonar el terreno sobre el que el terapeuta siembra sus ideas para el cambio. Para ello, evitamos asumir posiciones de autoridad y nos mantenemos neutrales respecto a personas, interacciones y contenidos. De igual manera, mostramos una actitud de curiosidad e interés, sin tratar de imponer nuestras ideas. Procuramos transmitir activamente ese interés y para ello usamos los mismos giros y expresiones que emplean nuestros clientes y hacemos comentarios empáticos (Beyebach, 1993). Todo ello combinado con una fuerte estructuración de la entrevista: el terapeuta encauza activamente la conversación, dando oportunidad para que hablen todos los presentes y orientando los contenidos en la dirección que facilite que se produzcan cambios.

Ya hemos hablado del uso de la deconstrucción para hacer que los clientes adscriban a lo que les sucede significados diferentes de los que vienen manejando. Otra actuación del terapeuta en la misma línea es el uso de las **redefiniciones**, reestructuraciones o reencuadres. Llamamos redefinir al trabajo de cambiar los significados que los clientes atribuyen a los acontecimientos y a la conducta de las personas. El matiz que diferencia la deconstrucción de la redefinición es que en esta última es el terapeuta el que ofrece a los clientes una interpretación diferente de la realidad, en vez de trabajar para que sean ellos quienes la generen (v.g. “algunos miembros del equipo están completamente convencidos que su falta de fluidez no se debe a un problema orgánico, sino que es una cuestión de la confianza que usted tiene en su habla”).

Otro recurso habitual en TCS del que ya hemos hablado es el uso del **lenguaje presuposicional** (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Este estilo de utilizar el lenguaje consiste en dar por supuesto que los cambios que solicita el cliente van necesariamente a producirse; por ejemplo, preguntaremos *¿qué va a ser diferente?* o *¿en qué vas a notar que las cosas van mejor?*, en vez de *¿qué sería distinto?* o *¿en qué podrías notar si...?*

La siguiente técnica que queremos revisar es el uso de **preguntas circulares** (Tomm, 1987, 1988). El terapeuta utiliza este tipo de preguntas trabajando con personas individuales, parejas o familias para construir realidades terapéuticas interaccionales. Se puede utilizar en el marco de cualquiera de los procedimientos generales que hemos expuesto anteriormente; se puede preguntar, por ejemplo, *¿qué hace tu hijo cuando tú le riñes?*, para delimitar la secuencia interpersonal de un problema, *¿cómo va a reaccionar tu hermana cuando vuestro padre sea más amable con ella?*, para elicitar objetivos interaccionales, o *¿cómo crees que se sintió tu hermana cuando le pediste ayuda?*, revisando excepciones.

En nuestro trabajo utilizamos con frecuencia **escalas** subjetivas para hacer que los clientes valoren diversos aspectos relacionados con el problema. Ya hemos hablado de las "escalas de avance" ("1" sería el momento en que peor han estado las cosas y "10" después de que todos los problemas que os han traído aquí se hayan resuelto) y las posibilidades de trabajo que de ellas se derivan (*¿cómo llegaste hasta 7?*, *¿en qué vas a notar que has llegado a 8?*). También utilizamos con frecuencia una escala complementaria de la anterior, la "escala de confianza" ("1" sería que no tienen ninguna confianza en que los cambios que has conseguido se mantengan y "10" que tienen confianza plena); el trabajo con la puntuación que nos den es muy similar al que se realiza a partir de la escala anterior (*¿de dónde sacas tanta confianza?*, *¿qué puedes hacer para subir un punto tu confianza?*, *¿por qué tienes más confianza que tu marido?*). Una tercera escala a usar es la que llamamos de "disposición a trabajar" ("1" sería que no estás nada dispuesto a hacer las tareas que te pidamos y "10" que estás dispuesto a poner en práctica cualquier indicación que te podamos hacer"); esta escala únicamente la planteamos cuando tenemos alguna duda sobre lo "compradores" que puedan ser nuestros clientes en un momento dado. Nos da una información con la que no trabajamos pero que tenemos muy en cuenta a la hora de diseñar la tarea. Además de estas tres, podemos plantear cualquier escala específica que pueda resultar de utilidad ("depresión", "discusiones", "relaciones con la familia", "rendimiento en el trabajo", etc), e iniciar un trabajo como el que hemos descrito en los dos primeros tipos de escalas.

Con frecuencia utilizamos **metáforas** para transmitir más eficazmente informaciones a nuestros clientes (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1992). Utilizamos metáforas cuando queremos crear mayor intensidad en la terapia, o para aumentar la rapidez y claridad de nuestros mensajes. En general, es un buen recurso técnico a utilizar cuando los clientes no aceptan las sugerencias directas (no cumplen tareas) o tienen tendencia a intelectualizar demasiado lo que les decimos.

También utilizamos habitualmente dos recursos técnicos propuestos por Michael White (White y Epston, 1980): el uso de cartas y la externalización. Escribimos **cartas** para invitar a nuestras sesiones a algún miembro de la familia que no quiere venir, o para reforzar algunos de los cambios que hemos introducido durante las sesiones. Además, solemos pedir a nuestros clientes en la última sesión de una terapia exitosa que nos escriban una carta contándonos lo que ellos pusieron de su parte para resolver el problema. Les insistimos en que nos interesa que anoten lo que ellos han hecho y no lo que han recibido de nosotros, porque queremos dar a leer sus cartas a personas que tengan problemas similares a los suyos. El pedir estas cartas de despedida nos parece una buena maniobra de desenganche, pero con ello también conseguimos que los clientes plasmen por escrito y tengan más presentes las cosas que funcionan para resolver sus problemas. Además, les ponemos en posición de expertos respecto a su problema, lo que probablemente contribuye a que se sientan más seguros y perciban sus avances como más firmes.

Nosotros utilizamos la **externalización** sobre todo cuando las personas acuden con una etiqueta diagnóstica de la que les resulta difícil desprenderse (“soy tartamudo”, “soy una bulímica”) y que puede resultar una traba para el tratamiento. En ocasiones los diagnósticos hacen que las personas vean los problemas como “defectos” internos e inmodificables, al externalizar convertimos los problemas en una entidad cosificada que está fuera de las personas y contra la que pueden luchar. Sin embargo, caben muchos otros usos para esta técnica; así, podríamos externalizar las “fastidiosas discusiones” que se han propuesto separar a la pareja, el “malvado tic” que hace que tus compañeros de clase se burlen de tí, etc.

## **12.- INVESTIGACION Y TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES**

Hemos presentado en los apartados precedentes el contexto histórico, los presupuestos teóricos y las técnicas terapéuticas que conforman la Terapia Centrada

en las Soluciones. En todo momento hemos hecho hincapié en que el modelo pretende ofrecer alternativas eficaces para una intervención breve en los problemas humanos. Hemos destacado, además, el decidido pragmatismo de este enfoque y hemos apelado repetidas veces a la "rentabilidad terapéutica" de las técnicas que hemos propuesto. Ha llegado, pues, el momento de analizar si se han generado ya investigaciones suficientes como para respaldar la supuesta eficacia y brevedad del modelo. Para ello examinaremos los trabajos publicados tanto sobre Terapia Breve Centrada en los Problemas (tipo MRI) como sobre Terapia Centrada en las Soluciones (TCS).

La primera investigación de resultados que permite empezar a dar una respuesta a la cuestión que acabamos de plantear fue realizada por Weakland y su equipo en 1974. En este trabajo un investigador independiente realizó un seguimiento telefónico de 97 casos atendidos con terapia tipo MRI. El seguimiento se hizo entre 3 y 6 meses después de la terminación del tratamiento, y consistía en preguntar acerca de la consecución de objetivos, el estado de la queja inicial, si se había o no consultado con otro profesional después del tratamiento y sobre la aparición de nuevos cambios o de nuevos problemas tras la terapia. En base a las respuestas dadas por los clientes, se consideró que en un 40% de los casos había una desaparición total de la queja inicial y en un 32% una mejoría significativa de la misma. Frente a este 72% de casos de éxito o mejoría, 28% se consideraron fracasos, es decir, casos sin mejoría o con una mejoría insignificante. El número medio de sesiones fue de 7.0 por terapia.

Este estudio presenta ya características que van a repetirse en la mayoría de las investigaciones posteriores: se trata de un diseño sólo post, sin grupo de control, y con una medida de resultados clínicamente coherente pero discutible desde un punto de vista metodológico. Además, el rechazo del diagnóstico tradicional llevó a Weakland y su equipo a no describir la muestra analizada, constatando simplemente que cubría "todo el abanico de problemas psiquiátricos".

En una publicación posterior, Lynn Segal expone los resultados obtenidos durante los 13 años de funcionamiento del Centro de Terapia Breve del M.R.I. de Palo Alto (Segal, 1980). La muestra -que tampoco está bien descrita- incluye los 97 casos anteriores y se eleva ya a un total de 148. Los seguimientos es esta ocasión se realizan a los 3 y 12 meses. Se consideran éxito un 36% de los casos, un 26% se codifica como "mejoría" y el 38% restante se considera "no cambio", no detectándose ningún caso de deterioro. Segal no indica el número medio de sesiones.

Estos trabajos fueron replicados en España algunos años más tarde por Pérez Grande (1990), sobre una muestra bien descrita, con una medida más completa del resultado terapéutico (que incluía la valoración, por parte de jueces entrenados, de la primera y última entrevista de cada caso) y con seguimientos más largos. El modelo terapéutico utilizado en este estudio puede considerarse también tipo MRI, pero incluyen ya algunos elementos de la Terapia Centrada en las Soluciones de de Shazer (1988, 1991). Los resultados a término indican que un 20% de los clientes abandonó la terapia tras la primera o segunda sesión; de los clientes que siguieron en tratamiento, el 71% informó en la última sesión que la queja había desaparecido o mejorado. El seguimiento, entre los 6 y 35 meses, permitió comprobar que en un 12% de los casos de éxito se había producido una recaída (definida como que el problema original había vuelto a preocuparles y/o que había surgido un problema nuevo), pero que por otra parte un 38% de los clientes informaba de nuevas mejoría tras el tratamiento. Se constató además que las características de los clientes (edad, sexo, estado civil) y de los problemas (gravedad, duración, tipo de queja y de proceso) no influían en los resultados; no había tampoco diferencias significativas entre los terapeutas noveles y los expertos, y tampoco entre los casos atendidos en formato individual y aquellos en los que el formato había sido conjunto.<sup>12</sup> Sí se observó que la existencia de objetivos terapéuticos en primera sesión correlacionaba con el éxito de la terapia.

En 1987, Szykula y sus colaboradores (Szykula, Morris, Sudweeks y Sayger, 1987) publicaron la única investigación comparativa de la que tenemos constancia, contrastando la eficacia de la terapia familiar estratégica tipo MRI con la de la terapia familiar conductual en el tratamiento de problemas infantiles. Se trata de un estudio realizado sobre una muestra final pequeña (49 casos), pero con un rigor metodológico considerable. El porcentaje de casos que registraron mejoría (entre 6 y 12 semanas tras la última sesión) en el problema principal se situó para la terapia MRI entre un 73% y un 91% (según los indicadores manejados en cada caso), con una eficacia básicamente comparable a la del modelo conductual. El número medio de sesiones para la terapia estratégica fue de 9.

---

<sup>12</sup>Como hemos señalado más arriba, una de las características de la terapia familiar breve es que considera que adoptar un punto de vista sistémico no implica necesariamente trabajar con toda familia, y que es factible la "terapia familiar con individuos". Los resultados de Pérez Grande, así como la rigurosa investigación de Szapocznik y su grupo (Szapocznik, Kurtines, Foote, Pérez-Vidal y Herveis, 1983), aportan apoyo empírico a esta idea. Es más, los resultados obtenidos en el Brief Family Therapy Center indican incluso que, para problemas de pareja, el grado de consecución de los objetivos es mayor trabajando con un solo miembro de la pareja que contando con los dos. Señalar que, en base a estas fechas, cabe pensar que estamos todavía ante un tipo de terapia breve centrada más bien en los problemas, y por tanto "tipo MRI"

El primer informe sobre los resultados obtenidos con terapia centrada en las soluciones aparece en el trabajo pionero de 1986 (De Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis, 1986). Utilizando la misma metodología que Weakland y sus colegas en 1974, el grupo de Milwaukee analizó los resultados terapéuticos obtenidos en una gran muestra de 1600 pacientes tratados en el Brief Family Therapy Center entre 1978 y 1983. En este caso, un 72% de los clientes indicaron en el seguimiento (no se informa a cuántos meses) que o bien habían alcanzado sus objetivos terapéuticos o bien habían experimentado una mejoría significativa. La media del número de sesiones se redujo a 6.

El estudio más riguroso sobre terapia centrada en las soluciones propiamente dicha fue realizado por Nunnally en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee, Wisconsin (Nunnally, 1990). La metodología empleada y las características del estudio vuelven a ser las del trabajo pionero de Weakland y cols. (1974), basándose la evaluación de resultados en las preguntas realizadas por un investigador independiente. Sin embargo, la muestra está mejor descrita y los seguimientos son más sistemáticos y a más largo plazo que en el estudio del MRI.

En el seguimiento a los 6 meses, el 80% de los clientes consideró que había alcanzado el objetivo que se había planteado en terapia o que se había acercado significativamente a él; de forma complementaria, el 81% de los clientes contestó que el problema presentado estaba completamente resuelto o que había mejorado. Estos resultados se mantenían (e incluso mejoraron ligeramente) en los seguimientos posteriores, a los 12 y 18 meses. En el 66% de los casos hubo mejorías ulteriores a la terapia. La duración media de las sesiones fue de 4.66.

Señalar también que los últimos datos obtenidos en el Brief Family Therapy Center apuntan a que se mantiene una proporción de casos exitosos superior al 80%, con una nueva reducción del número de sesiones por terapia, que queda estabilizada en torno a una media de 4.2 (de Shazer, 1994). Además, se sigue comprobando que el porcentaje de consecución de objetivos aumenta cuando el tiempo del seguimiento es mayor, y que se produce el "efecto de irradiación" puesto que aparecen mejorías en áreas no trabajadas directamente en terapia.

En España, Rodríguez-Arias y su equipo están verificando datos similares a los norteamericanos, como parte de un estudio más amplio que está todavía en fase de realización (Fontecilla, Ramos y Rodríguez-Arias, 1993). Disponemos ya de los

resultados a término de una muestra heterogénea y bien descrita de 271 casos atendidos en un Centro de Salud Mental. En este diseño, un grupo de observadores externos revisa la primera y la última sesión de terapia (grabada en audio) y la codifica según los informes de cambio de los clientes y la estimación de los propios observadores. El 11% de la muestra abandonó tras la primera entrevista. De los casos que siguieron en terapia más allá de la primera sesión, el 80% fue codificado como "éxito" (desaparición de la queja o mejoría) y el 16% como "fracaso" (no se cumplen los criterios de éxito). Las terapias son también sorprendentemente breves, con una media de 5 sesiones por tratamiento.

¿Qué conclusiones cabe extraer de este conjunto de investigaciones? En primer lugar, debemos constatar que se trata en la mayoría de los casos de investigaciones que presentan diversas insuficiencias metodológicas (ausencia de grupos de control, instrumentos de medida poco rigurosos, en ocasiones información muy parcial sobre las características de la muestra y del diseño...), lo que limita en buena medida el alcance de sus resultados. Por otra parte, esta falta de rigor se compensa con el hecho de que todos estos estudios han sido realizados con pacientes reales y en contextos de trabajo muy variados (privados, públicos, semipúblicos). Pensamos que este tipo de investigación se acerca más a los intereses de los clínicos que los tradicionales estudios de laboratorio, muy controlados pero a menudo ajenos a lo que es la experiencia cotidiana de la mayoría de los terapeutas.

En segundo lugar, y desde el punto de vista de los resultados obtenidos, podemos subrayar algunos aspectos francamente positivos. Por una parte, parece innegable que se da una notable convergencia entre los datos de los diversos estudios, a pesar de que se han realizado en ámbitos institucionales y culturales muy distintos. En este sentido, todos los trabajos de evaluación de resultados (salvo el de Segal, 1980) coinciden en arrojar una tasa de mejorías que se sitúa entre el 70% y el 90% de los casos atendidos, con un número medio de sesiones que varía entre 4 y 9, y que parece tender a reducirse cada vez más. Por otro lado, hay diversos datos que van en la línea de las predicciones del modelo, apoyando por ejemplo el fenómeno de la "irradiación" del cambio a otras áreas y la no-sustitución de síntomas.

Desde nuestro punto de vista, la coherencia de los resultados obtenidos permite pensar que las afirmaciones acerca de la eficacia del modelo no van del todo desencaminadas, y justifica además la conveniencia de emprender investigaciones rigurosas sobre él. En este sentido, pensamos que la Terapia Centrada en Soluciones debe ser tomada en serio como una alternativa terapéutica que cuenta con apoyo clínico y científico suficiente como para ser incluida en los grandes programas de

investigación sobre psicoterapia. De hecho, la Terapia Centrada en Soluciones ha empezado ya a ser objeto de investigaciones de proceso, dirigidas a identificar sus "ingredientes activos" y a dilucidar sus mecanismos de funcionamiento. Trabajos como los de Adams, Piercy y Jurich (1991) sobre el impacto de la Tarea de Fórmula de Primera Sesión pertenecen ya a una segunda generación de investigaciones, más sofisticadas y de impacto clínico y teórico potencialmente mucho mayor. Esperamos que ésta sea la línea de trabajo que se imponga en el futuro, de modo que investigación, teoría y práctica clínica entren en una relación más equilibrada, enriqueciéndose mutuamente, y contribuyendo así a crear más y más soluciones.

## BIBLIOGRAFIA

- Adams J.F., Piercy F.P., & Jurich J.A. (1991). Effects of solution focused therapy's "formula first session task" on compliance and outcome in family therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 17,
- Anderson, H., Goolishian, H.A. & Winderman, L. (1986). Problem determined systems: towards transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5, 1-13.
- Bandura, A. (1989). Self-Regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In L.A. Pervin (Ed.), *Goal Concepts in Personality and Social Psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bandura, A., & Cervone, D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1017-1028.
- Bandura, A., & Cervone, D. (1986). Differential engagement of self-Reactive influences in cognitive motivation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 38, 92-113.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weackland, J. (1956). Towards a theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Bertalanffy, L. von (1956). *General systems theory*. New York: Braziller. Trad. cast.: Teoría general de los sistemas. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1976.
- Beyebach, M. (1993). *Relación terapéutica y abandono en terapia sistémica breve*. Tesis doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Beyebach M. y Rodríguez Morejón (1992). El uso de metáforas en terapia familiar. En J.A. Ríos (Comp.), *Actas de las XIII Jornadas Nacionales de Terapia Familiar*. Cáceres.
- Beyebach M. y Rodríguez Morejón (1993). El abordaje de la terapia de pareja desde el enfoque centrado en soluciones. En M. Garrido (Ed.), *Formación de la pareja, ritos de casamiento y familia hoy*. Salamanca: UPS

- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy*. New York: Basic Books.
- Broderick, C. B., & Schrader, S.S. (1991). The history of professional marriage and family therapy. En A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy* (Volume II). New York: Brunner/Mazel.
- de Shazer, S. (1972). Brief hypnotherapy of two sexual disfunctions: The crystal ball technique. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 203-208.
- de Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy*. New York: Guilford Press. Trad. cast.: Pautas de terapia familiar breve. Buenos Aires: Paidós, 1987.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton, Trad. cast.: Claves para la solución en terapia breve. Buenos Aires: Paidós, 1986.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton. Trad. cast.: Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa, 1992.
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- de Shazer S. (1994). *Avances en Terapia Centrada en las Soluciones*. Seminario celebrado en la Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca.
- de Shazer, S., & Berg, I. (1991). Haciendo terapia: Una revisión del Post-estructuralismo. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 17-30.
- de Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- Fisch, R., Weakland, J.H., & Segal, L. (1982). The tactics of change: Doing therapy briefly. San Francisco: Jossey-Bass. Trad. cast.: La táctica del cambio. Barcelona: Herder, 1984.
- Fontecilla G., Ramos M. y Rodríguez-Arias J.L. (1993). *Evaluación de resultados en terapia familiar breve*. Comunicación presentada a las XIV Jornadas de Terapia Familiar. Santiago de Compostela.
- Gingerich, W.J., de Shazer, S., & Weiner-Davis, M. (1988). Constructing change: a research view of interviewing. En E. Lipchik (Ed.), *Interviewing*. Rockville: Aspen.
- Haaga, D.A., & Beeck, A.T. (1993). Perspectiva constructivista del realismo depresivo: Implicaciones para la teoría y terapia cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- Haley, J. (1976). *Problemsolving therapy*. New York: Harper Colophon Books. Trad. cast. Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jackson, D.D. (1957). The question of family homeostasis. *Psychiatric Quarterly Supplement*, 31, 79-90.
- Keeney, B.P (1983). *Aesthetics of change*. New York: Guilford. Trad. cast.: Estética del cambio. Barcelona: Paidós, 1991.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge: Harvard University Press. Trad. cast. Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa, 1982.

- Nunnally E. (1990). *Follow-up study of clients seen at the Brief Family Therapy Center, Milwaukee*. Manuscrito no publicado.
- O'Hanlon, W.H., Weiner-Davis, M. (1989). *In Search of Solutions*. New York: Norton. Trad. cast.: En busca de soluciones. Barcelona: Paidós, 1990.
- Pérez Grande, M.D. (1991). Evaluación de resultados en Terapia Sistémica Breve. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 93-110.
- Rodríguez-Arias, J.L. (1993). Comunicación Personal.
- Rodríguez Morejón (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.
- Rodríguez Morejón, Palenzuela y Beyebach (1993). La explicación del cambio en terapia sistémica desde una perspectiva cognitiva de la personalidad. Manuscrito enviado para publicación.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G.F., & Prata, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- Stock, J., & Cervone, D. (1990). Proximal Goal-setting and self-regulatory processes. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 483-498.
- Szapocznik J., Kurtines W.M., Foote F.H., Pérez-Vidal A., & Hervis O. (1983). Conjoint versus one-person family therapy: some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 889-899.
- Szykula S.A., Morris S.B., Sudweeks C., & Sayger T.V. (1987). Child-focused behavior and strategic therapies: outcome comparisons. *Psychotherapy*, 24, 546-551.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part. II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26. Vs. cast. M. Beyebach y J.L. Rodríguez-Arias (Comps.), *Terapia Familiar. Lecturas I. Univ. Pontificia de Salamanca*, 1988.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part. III. Intending to ask, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27. Vs. cast. M. Beyebach y J.L. Rodríguez-Arias (Comps.), *Terapia Familiar. Lecturas I. Univ. Pontificia de Salamanca*, 1988.
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S., & Gingerich, W.J. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: an exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 359-363.
- Watzlawick, P. (1984). *The invented reality*. New York: Norton. Trad. cast.: La realidad inventada. Barcelona: Gedisa, 1989.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton & Company. Trad. cast.: Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder, 1983.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., & Fisch, R. (1974). *Change: principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton. Trad. cast.: Cambio. Barcelona: Herder, (1982).

Weakland J., Fisch R., Bodin A., & Watzlawick P. (1974). Brief Therapy: focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168.

White, M., & Epston, E. (1980). *Narrative means to therapeutic ends*. Adelaide: Dulwich Centre Publications. Trad. cast.: *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós, 1993.

Contacto:

**Alberto Rodríguez Morejón**  
**Universidad de Málaga**  
[aromore@uma.es](mailto:aromore@uma.es)