

MANUAL TERAPIA BREVE CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

Este manual es el resultado de un trabajo intenso de traducción desde el Inglés al Español de su original Solution-Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals 2nd Version © by the Solution Focused Brief Association, in July 1, 2013, disponible online en www.sfbta.org

Agradecimientos

Extendemos nuestros agradecimientos a Enrique Rosales y Claudio Farías, quienes colaboraron con detallistas observaciones que hicieron mejor este documento.

Síntesis, descripción y lógica

EL propósito de este Manual de Tratamiento Preliminar es ofrecer una revisión general de la estructura de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS). Este manual seguirá el formato estandarizado e incluye cada uno de los componentes recomendados por Carrol y Nuro (1997). Las secciones incluidas son las siguientes: (a) síntesis, descripción y lógica de la TBCS; (b) objetivos y definición de objetivos en TBCS; (c) cómo SFBT contrasta con otros tratamientos; (d) ingredientes activos específicos y comportamientos del terapeuta en SFBT; (e) naturaleza de la relación cliente-terapeuta en TBCS; (f) formato; (g) formato de sesión y contenido; (h) compatibilidad con otras terapias; (i) población objetivo; (j) abordaje de necesidades de poblaciones especiales; (k) características y requerimientos para el terapeuta; (l) entrenamiento de terapeutas; y (m) supervisión.

La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) se basa en más de veinticinco años de desarrollo teórico, práctica clínica, e investigación empírica (por ejemplo, de Shazer et al., 1986; Berg & Miller, 1992; Berg, 1994; De Jong & Berg, 2008; de Shazer et al., 2007). La terapia breve centrada en soluciones es diferente en muchas maneras a enfoques de tratamiento. Es un modelo basado en las competencias y en los recursos, lo cual minimiza el énfasis en fracasos y problemas del pasado, y en su lugar, se enfoca en las fortalezas de las personas, y sus previas o futuras experiencias exitosas. Su foco está en trabajar desde lo que la persona entiende de su preocupación/situación y aquello que esta quisiera que fuese diferente. Los principios básicos de la TBCS son:

- Se basa en la construcción de soluciones más que en la resolución de problemas.
- El enfoque terapéutico debe ser el futuro deseado del cliente en lugar de los problemas del pasado o los conflictos actuales.
- Se anima a la persona a aumentar la frecuencia de comportamientos útiles actuales.
- No hay problema que ocurra todo el tiempo. Hay excepciones, es decir, momentos en los que el problema pudo haber sucedido y no sucedió. Esta información puede ser utilizada por la persona y el profesional para co-construir soluciones.
- Los profesionales ayudan a la persona a encontrar alternativas a los patrones actuales no deseados relacionados con la conducta, la cognición y la interacción que están dentro del repertorio de la persona, o bien pueden ser co-construidos en conjunto por los profesionales y las personas.
- A diferencia de las intervenciones de desarrollo de habilidades y la terapia de comportamiento, el modelo asume que ya existen comportamientos que son soluciones para la persona.
- Se afirma que los pequeños incrementos de cambio conllevan a grandes incrementos de cambio.
- Las soluciones de la persona no están necesariamente relacionadas directamente con los problemas identificados por ella misma o el profesional.
- Las habilidades de conversación que el profesional requiere para invitar a la persona a construir soluciones son diferentes a las habilidades necesarias para diagnosticar y tratar los problemas.

Evidencia Base de la Terapia Breve Centrada en Soluciones

La TBCS ha sido reconocida como una práctica basada en la evidencia (PBE) en los Estados Unidos y aparece en el Registro Nacional de Administración de Servicios de Salud Mental de los Programas y Prácticas de Abuso de Sustancias (<http://www.nrepp.samhsa.gov>) y en la Guía de Programas de Prevención Modelo de la Oficina de Justicia Juvenil y Delincuencia Basada en la Evidencia (<http://www.ojjdp.gov/mpg/>). También existe un creciente cúmulo de estudios de resultado con diseños experimentales más rigurosos que demuestran la eficacia de TBCS (Franklin, Trepper, Gingerich, y McCollum, 2012). Dentro de la investigación cuantitativa, un estudio de meta-análisis de una intervención en particular es visto como la mejor evidencia que respalda la efectividad de esa intervención, seguido de los estudios experimentales (Fraser, Richman, Galinski, & Day, 2009). Dos meta-análisis independientes han sido conducidos, uno por un equipo de investigadores alemanes (Stams, Dekovic, Buist & De Vries, 2006) y uno por un equipo de académicos investigadores en trabajo social estadounidenses (Kim, 2008). El meta-análisis de Stams et al. (2006) involucró 21 estudios sumando 1.421 participantes y encontró un tamaño del efecto general estimado de 0.37, el cual es considerado pequeño a mediano efecto de tratamiento favoreciendo la TBCS. El segundo meta-análisis por Kim (2008) analizó los efectos de la TBCS para comportamientos externalizantes, comportamientos internalizantes y problemas de relaciones o familiares. En total, 22 estudios fueron incluidos en el análisis de Kim, con un tamaño del efecto estimado en un rango considerado como pequeño (0.13-0.26) para las tres variables o *outcomes*. Los resultados de estas revisiones sistemáticas junto con otros estudios con diseño experimental mostrados en Apéndice A (disponible en inglés en la página www.sfbta.org) muestran que TBCS tiene un pequeño a mediano efecto positivo en los tratamientos. Además de los estudios llevados a cabo por Stams et al., 2006 y Kim, 2008, Gingerich & Peterson condujeron una revisión cualitativa de 43 estudios controlados en TBCS y concluyeron que la TBCS es un enfoque efectivo con muy diferentes condiciones psicosociales con niños/adolescentes y adultos. La evidencia de los estudios revisados indicó además que la TBCS es especialmente eficaz en adultos con depresión (Ver Apéndice A disponible en inglés en la página www.sfbta.org).

Además de los estudios de resultados (ensayos controlados y randomizados) que respaldan la efectividad de la práctica de la TBCS (por ejemplo, Kim, Smock, Trepper, McCollum, & Franklin, 2010), hay un respaldo teórico y empírico para el proceso de la TBCS. La teoría de la co-construcción que es básica para el proceso terapéutico de la TBCS proviene de una tradición teórica que cubre varias disciplinas incluyendo sociología, psicología y estudios de la comunicación (por ejemplo, Berger & Luckmann, 1966, de Schazer, 199; Gergen, 2009, McNamee & Gergen, 1992). El uso del lenguaje y el proceso de co-construcción son parte integral del proceso de cambio en TBCS y serán descritos con más detalle en las siguientes páginas. Los detalles empíricos del enfoque de la TBCS en el uso del lenguaje en el diálogo tienen una base experimental sólida en la investigación contemporánea psicolingüística (Bavelas, 2012). Por último, existen estudios recientes y en desarrollo sobre los procesos dialógicos específicos a través de los cuales ocurre la co-

construcción, tanto en TBCS como en otras terapias contrastantes (por ejemplo, Phillips 1998, 1999; McGee, Del Vento, y Bavelas, 2005; Tomori, 2004; Tomori y Bavelas, 2007; Korman, Bavelas, y De Jong, 2013; Smock Jordan, Froerer, y Bavelas, 2013; Froerer & Smock Jordan, 2013). Además, existen otras investigaciones acerca de los procesos de cambio que muestran que las técnicas terapéuticas utilizadas en TBCS pueden tener efectos positivos sobre el cambio de las personas. Por ejemplo, los procesos terapéuticos, tales como preguntas pre-suposicionales, "*hablar de soluciones*", y promover la esperanza y expectativas positivas en las personas respecto del cambio aumentaron los resultados positivos en los objetivos de las personas (Bavelas et al., 2013). Técnicas como la pregunta de escala y la pregunta del milagro también han mostrado lograr sus fines previstos en las sesiones de terapia (McKeel, 2012). Ver Apéndice B para una revisión de la literatura que muestra cómo funciona la co-construcción en el proceso de la TBCS (disponible en www.sfbt.org).

Proceso terapéutico centrado en las soluciones

Proceso psicoterapéutico se define como:

Lo que quiera que ocurra entre el usuario y psicoterapeuta durante el curso de la psicoterapia. Esto incluye las experiencias, actitudes, emociones y comportamientos de la persona y el terapeuta, así como la dinámica o la interacción entre ellos (Vandebos, 2007).

La manera en que la TBCS comprende el proceso terapéutico es única en al menos tres aspectos. En primer lugar, otros modelos se enfocan principalmente en lo que sucede dentro del cliente. Por ejemplo, en la definición de "mecanismos de cambio" en la psicoterapia, Nock (2007, p. 85) incluye sólo los procesos psicológicos o biológicos y excluye explícitamente la comunicación entre el profesional y la persona. La TBCS iguala el proceso terapéutico al diálogo terapéutico, es decir, el diálogo terapéutico es lo que sucede entre el profesional y la persona que consulta (por ejemplo, McKergow y Korman, 2009). El proceso de cambio en TBCS es *la co-construcción entre el profesional y la persona de lo que es importante para ella: sus metas, éxitos relacionados y recursos*. La formación y la práctica en TBCS se centra en los detalles de cómo se produce este proceso conversacional, poniendo atención a las interacciones entre el profesional y persona momento a momento (por ejemplo, De Jong y Berg, 2013; de Shazer et al., 2007).

En segundo lugar, el enfoque de la TBCS hacia el diálogo como proceso terapéutico esencial se centra en lo que es *observable* en la comunicación, y las interacciones sociales entre cliente y terapeuta. Como se ilustra más adelante, los intercambios específicos a través de los cuales ocurre el proceso, conocido como co-construcción, son observables, mientras que las inferencias o caracterizaciones de comunicación terapéutica globales o relaciones globales no lo son. Así, el proceso de TBCS consiste en lo que dice y hace el terapeuta más que en sus intenciones (Bavelas et al., 2013). Este compromiso con la observación sistemática como la base de lo que es y no es útil en TBCS se remonta a sus

orígenes en el Centro de Terapia Familiar Breve (CTBF) en Milwaukee, fundada por de Shazer, Berg, y colegas. La primera investigación en el CTFB fue exploratoria y cualitativa, involucrando una intensa observación de sesiones de terapia a través de un espejo unidireccional por un equipo de profesionales con experiencia, profesores clínicos, y estudiantes de posgrado, así como la posterior revisión de video-grabaciones. Los investigadores querían observar *cuando* las personas hacían progresos (de acuerdo a lo que ellas definían como progreso) y examinaron lo que podrían estar haciendo los profesionales que estaba contribuyendo a aquel progreso. A través de discusiones abiertas durante varios años, el equipo inventó y experimentó con varias técnicas nuevas que con el tiempo se convirtieron en piezas fundamentales de SFBT, incluyendo preguntas sobre el cambio pre-sesión, las excepciones, la pregunta del milagro, así como las tareas de fórmula (de Shazer 1985, p. 119-136). En la medida que cada técnica se convirtió en parte de la práctica de la TBCS, mayor observación e investigación de los procesos respaldaron su utilidad. Esta forma de observar, inventar algo nuevo, y recolectar datos para probar la utilidad de las prácticas específicas es descrita por varios autores (Adams, Piercy, y Jurich, 1991; De Jong y Berg, 2013; Lipchik, Derks, Lacourt, y Nunnally, 2012; Weiner-Davis, de Shazer, y Gingerich, 1987, Miller, 2004).

En tercer lugar, la TBCS se desarrolló utilizando una base empírica sobre el uso del lenguaje en el diálogo, la cual tiene un fundamento experimental sólido en la investigación psicolingüística contemporánea (por ejemplo, revisión en Bavelas, 2012). Por lo tanto, la evidencia de la TBCS comenzó sobre cimientos firmes en investigación básica y los desarrollos teóricos fueron aplicados más tarde en la clínica de terapia familiar, donde estos procesos de comunicación se perfeccionaron aún más en la práctica de la psicoterapia breve.

El proceso de la TBCS como escuchar, seleccionar, construir

En la TBCS, terapeutas y personas participan en un proceso de co-construcción que resulta en que los usuarios hablen acerca de sí mismos y de sus situaciones de maneras nuevas y distintas. La co-construcción es un proceso colaborativo de comunicación en donde hablante y oyente colaboran para producir información, y esta información producida en conjunto, a su vez, sirve para cambiar los significados y las interacciones sociales. Los principios de este proceso de conversación entre el terapeuta y el usuario son los mismos, independientemente del motivo de consulta que cada persona trae a la terapia. La conversación siempre se centra en lo que las personas quieren que sea diferente en su presente y futuro, y cómo hacer para que ello suceda. La TBCS no es un enfoque que tiene una larga fase de evaluación cuya intención es diagnosticar clientes. Por el contrario, desde muy al comienzo de la terapia los profesionales utilizan un lenguaje de cambio que facilita la fijación de objetivos y soluciones a los problemas centradas en las personas. Las preguntas distintivas del modelo y las respuestas de los profesionales en entrevistas centradas en las soluciones tienen la intención de iniciar un proceso co-constructivo que De Jong y Berg (2013), inspirados por Steve de Shazer (1991; 1994; de Shazer et al, 2007), llamaron *escuchar, seleccionar y construir*.

En este proceso, el profesional centrado en soluciones escucha y selecciona las palabras y frases del lenguaje de la persona que son indicadores (inicialmente, a menudo sólo pequeñas expresiones) de algún aspecto de una solución, tales como la articulación de lo que es importante para la persona, lo que ella pudiera querer, éxitos relacionados (por ejemplo, excepciones), o las habilidades y recursos de la persona. Una vez que ha hecho la selección, el profesional compone una pregunta próxima (por ejemplo, escala o afrontamiento) u otra respuesta (por ejemplo, parafraseo o resumen) que se conecta con el lenguaje utilizado por la persona y le invita a continuar construyendo una versión más clara y detallada de algún aspecto de una solución. En la medida que la persona responde desde su propio marco de referencia, el terapeuta sigue *escuchando, seleccionando y componiendo* la siguiente pregunta o respuesta centrada en soluciones, la cual se basa en lo que el cliente ha dicho. Es a través de este proceso continuo de escucha, selección, y construcción sobre el lenguaje del cliente, que los profesionales y personas que consultan co-construyen en conjunto nuevos significados y nuevas posibilidades de soluciones. Los profesionales centrados en las soluciones se esfuerzan para evitar hacer suposiciones acerca de supuestos "significados reales o subyacentes" de lo que las personas/familias están diciendo. En lugar de leer entre líneas, los profesionales se auto-disciplinan para escuchar y trabajar dentro del lenguaje de la persona, manteniéndose cerca y usando las palabras que la persona utiliza.

Un ejemplo del proceso terapéutico de la TBC

La práctica de escuchar, seleccionar y construir se ilustra en el siguiente diálogo entre un terapeuta centrado en soluciones (Harry Korman) y una joven madre que pasaba por un divorcio difícil y comenzaba una nueva vida con su hijo de 19 meses (De Jong, Bavelas, y Korman, en prensa). Este extracto se produjo a principios de la sesión (justo después de la introducción) y comenzó la co-construcción de lo que la mujer podría querer al reunirse con el terapeuta.

1	<i>Korman</i>	Entonces, amm. Está bien si empezamos con ah [Pausa] ¿qué tendrá que suceder como resultado de que usted [gestos hacia ella] haya venido aquí hoy - esta tarde, mañana, pasado mañana - para que usted sienta que de alguna manera ha sido útil el estar aquí?
2	<i>Mujer</i>	Amm
3	<i>Korman</i>	[se mantiene en silencio y se acomoda en una postura de escucha, una mano afirmando su mentón, mirando directamente a la consultante]
4	<i>Mujer</i>	No creo que yo esté... [ríe, luego hace un gesto al terapeuta con un leve encogimiento de hombros]
5	<i>Korman</i>	[asiente] Es una pregunta difícil. [gesticula y luego retorna a una postura de escucha]
6	<i>Mujer</i>	[hablando sobre lo que dice el terapeuta] –esté siquiera mirando tan lejos...
7	<i>Korman</i>	[Se mantiene en postura de escucha, se mantiene en silencio]
8	<i>Mujer</i>	Tal vez sólo [pausa] para ordenar todo lo que estoy...

9	<i>Korman</i>	[inclina su cabeza hacia la derecha como mostrando mayor interés, luego, posiciona su lápiz para escribir]
10	<i>Mujer</i>	--Estoy sintiendo. No sé exactamente lo que es todavía.
11	<i>Korman</i>	[mientras la mujer habla: asintiendo lentamente, mira abajo y escribe brevemente y luego mira a la mujer de nuevo manteniendo el lápiz en el cuaderno]
12	<i>Mujer</i>	No sé... [gestos con la mano izquierda hacia el terapeuta]
13	<i>Korman</i>	[mientras la mujer habla: asiente]
14	<i>Mujer</i>	No sé exactamente lo que me preocupa. Como... o sea yo...
15	<i>Korman</i>	[mientras la mujer habla: asiente continuamente]
16	<i>Mujer</i>	Estoy en el proceso de divorcio, entonces
17	<i>Korman</i>	[mientras la mujer habla: mira el cuaderno y escribe brevemente, cuando la usuaria termina de hablar hace un gran gesto de asentimiento]
18	<i>Mujer</i>	Estoy segura de que eso es... [Hace un gesto hacia el terapeuta con las dos manos y luego las pone en sus piernas]... la mayor parte.
19	<i>Korman</i>	[Mientras la mujer pone sus manos abajo (esto hace un pequeño sonido) mira, luego] Mm, mm [asintiendo]
20	<i>Mujer</i>	Recientemente no he podido dormir muy bien.
21	<i>Korman</i>	[mientras la mujer habla: mira hacia abajo, escribe y asiente]
22	<i>Mujer</i>	Así que pensé que tal vez esto podría [pausa] ayudarme a resolver- lo que sea que necesite para- [mientras habla, gestos entre ella y él]
23	<i>Korman</i>	[Mientras la mujer dice "might", la mira a ella, luego mira sus notas. Asiente y dice:] bien
24	<i>Mujer</i>	Rehacer [breve pausa] mi vida. [sonríe y ríe suavemente]
25	<i>Korman</i>	[mirando hacia abajo y escribiendo mientras habla:] Ayudarle a resolver algo para rehacer su vida. [Luego asiente y la mira, pausa, luego pregunta haciendo frecuentes gestos hacia ella:] entonces ¿Cuál sería un sentimiento, un pensamiento, una acción - algo que puedes hacer, o pensar o sentir - que te diría que estarías rehaciendo tu vida? [mantiene su vista hacia ella]
26	<i>Mujer</i>	<i>Mmm [pausa]</i>
27	<i>Korman</i>	¿Esta tarde o mañana? [luego mira hacia abajo y pone su lápiz como para empezar a escribir; mira hacia arriba y mueve su cabeza cuando ella empieza a hablar]
28	<i>Mujer</i>	Supongo que como-- simplemente relajarse tal vez...
29	<i>Korman</i>	[con un gran gesto de asentimiento, mirando abajo y escribiendo] Relajarse.

El terapeuta empezó en el # 1 con una pregunta acerca de lo que la mujer consultante podría querer por "venir hoy aquí." En lugar de responder inmediatamente, la

mujer respondió en el # 2 con "Amm." Este tipo de pausa y de respuesta mínima por ella para la pregunta planteada en el # 1 es común en las entrevistas de TBCS (debido a las preguntas inusuales), al igual que la respuesta del terapeuta TBCS en el # 3. En lugar de decir algo, el terapeuta se acomodó en una postura de escucha y miró directamente a la consultante, esperando a que ella dijera algo más sobre algún aspecto de una solución (por ejemplo, lo que ella quiere, sus recursos o competencias). En este punto, el terapeuta estaba atento a la espera de una construcción inicial de lo que la mujer podría esperar de la reunión con un profesional. En el # 4, ella nuevamente no ofreció una respuesta directa, en vez de eso dijo, con un encogimiento de hombros, "No creo que yo esté..." En el # 5, el terapeuta reconoció que él había hecho una "pregunta difícil" y volvió a su postura de escucha. En el # 6, la consultante se superpone y terminó su respuesta con "—esté siquiera mirando tan lejos." Esta respuesta, que se refiere al futuro, mostró que había entendido la pregunta inicial acerca de lo que le gustaría ver que suceda en el futuro, por lo que una vez más el terapeuta se puso a esperar más respuesta. En los # 8, # 10, # 12, # 14, # 16, # 18, # 20 y # 22 la usuaria ofreció poco a poco una construcción de lo que puede ser que ella desee obtener de esta reunión. Mientras ella hacía esto, el terapeuta habla poco pero su interés y la comprensión de las palabras de la usuaria aparecen regularmente a través de comportamientos comunicativos tales como inclinar la cabeza hacia un lado, poniendo su lápiz como si fuera a escribir, mirando hacia abajo y escribiendo brevemente, mirándola a ella, y asintiendo con la cabeza. En los # 19 y # 23, ofreció expresiones verbales mínimas como "Mm, mm" y "bien".

No fue hasta el # 25 que el terapeuta dijo algo más allá de una respuesta verbal mínima. Sus palabras en este punto son un claro ejemplo de la selección y construcción que define la TBCS. Primero, selecciona "ayudarle a resolver algo para rehacer su vida." Al seleccionar estas palabras de en medio de todo lo que la consultante había dicho, el terapeuta da a entender que estas palabras en particular eran la parte importante de la respuesta a su pregunta original en el # 1. Su selección también significó que él optó por ignorar que ella "no estaba mirando tan lejos," que ella "no sabe lo que le está preocupando," que estaba "pasando por un divorcio," que estaba segura de que el divorcio era "la mayor parte", y que "recientemente no [ha] podido dormir muy bien."

En el # 25, el terapeuta comenzó el proceso de construcción mediante la incorporación de la construcción inicial de lo que la consultante quería ("para rehacer mi vida") en su siguiente pregunta, "¿Y cuál sería un sentimiento, un pensamiento, una acción, algo que puedes hacer o pensar o sentir que te diría que estarías rehaciendo tu vida, esta tarde o mañana?" La elección de palabras del terapeuta no sólo se vinculaba estrechamente con lo que ella había dicho en el # 22 y # 24, pues esta elección también ayudó a avanzar en una nueva dirección pidiendo detalles más concretos que le indicarían a ella que estaba "Rehaciendo su vida". En el # 28, la consultante respondió con un detalle: "Supongo que como-simplemente, relajarse tal vez." En # 29, el terapeuta volvió a hacer una típica selección centrada en soluciones, repitiendo solamente "relajarse", haciendo hincapié en un indicador posiblemente importante de "rehacer su vida." Él decidió ignorar otras palabras ("supongo", "tal vez") que indica una falta de certeza. El terapeuta podría ahora seguir construyendo con otra pregunta que conecte con "relajarse".

Commented [KG1]: In the original versión numbers shown are 17 and 21, however that is a mistake and the right numbers are 19 and 23.

Commented [KG2]: In the original versión, number shown is 23, however that is a mistake and the correct number is 25.

Commented [KG3]: In the original manual, the number is 23, however there is a mistake and it should be 25.

Commented [KG4]: In the original manual, the numbers are 20 and 22, however there is a mistake and it should be 22 and 24.

Commented [KG5]: In the original manual, the number is 26, however there is a mistake and it should be 28.

Commented [KG6]: In the original manual, the number is 27, however there is a mistake and it should be 29.

Ingredientes generales de la Intervención centrada en soluciones

La mayoría de las psicoterapias, incluida la TBCS, consiste en conversaciones. En la TBCS hay tres ingredientes principales que se relacionan con estas conversaciones:

En primer lugar, hay temas generales. Las conversaciones de la TBCS se centran en las preocupaciones de los consultantes; quién y qué es importante para ellos; una visión de un futuro preferido; sus excepciones, fortalezas y recursos relacionados con esa visión; la ampliación de su nivel de motivación y confianza en la búsqueda de soluciones; y la ampliación continua de sus progresos hacia el logro de un futuro preferido.

En segundo lugar, como se indica en la sección previa, las conversaciones centradas en las soluciones involucran un proceso terapéutico de co-construcción de significados alterados o nuevos en el consultante. Este proceso se pone en marcha en gran medida por los terapeutas al hacer preguntas centradas en las soluciones acerca de los temas de conversación identificados en el párrafo anterior. Estas soluciones se conectan y se construyen a partir de los significados expresados por la persona/familia.

En tercer lugar, los terapeutas utilizan una serie de técnicas específicas de preguntas y respuestas que invitan a los consultantes a co-construir una visión de un futuro preferido y a aprovechar sus éxitos pasados, fortalezas y recursos para hacer realidad dicha visión.

Establecimiento de objetivos y terapia subsecuente

La definición de *metas específicas, concretas y realistas* es un componente importante de la TBCS. Los objetivos se formulan y amplían a través de la conversación centrada en las soluciones acerca de lo que los consultantes quieren que sea diferente en el futuro. En consecuencia, en TBCS, ellos establecen los objetivos. Objetivos útiles en TBCS son: (1) relevantes y personalmente significativos, (2) plantean positivamente lo que los consultantes van a hacer en lugar de lo que ellos no van a hacer, (3) se establecen en términos de comportamiento y como el primer pequeño paso, (4) se encuentran dentro del control de la persona, (5) son algo nuevo y diferente, y (6) se plantean como un comportamiento que el consultante puede practicar regularmente (Lee, Sebold, y Uken, 2003; Lee, Uken, y Sebold, 2007). Una vez que una nueva formulación se plantea, la terapia se centra en las excepciones relacionadas con los objetivos, ampliando regularmente cómo el consultante se acerca a sus metas o a una solución, y co-construyendo los próximos y útiles pasos que le ayudarán a llegar a sus futuros preferidos.

Cómo la TBCS contrasta con otros tratamientos

La TBCS es muy similar a los modelos basados en competencias y modelos orientados a la resiliencia, tales como algunos de los componentes de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2002; Miller, Zweben, DiClemente, y Rychtarik, 1999), la perspectiva de las fuerzas y la psicología positiva. También hay algunas similitudes entre la TBCS y la terapia cognitivo-conductual, aunque en este último modelo el profesional asigna los cambios y las tareas, mientras que los profesionales centrados en la solución animan a

los consultantes a hacer más de su propio comportamiento de excepción anterior y/o probar comportamientos que son parte de la descripción de su objetivo. El foco de la TBCS en el comportamiento, la descripción y el contexto social también muestra similitudes a la tercera "ola" de las terapias conductuales. Sin embargo la TBCS no se basa exclusivamente en las mismas teorías de cambio ni en las mismas técnicas empleadas en sus procesos de cambio. La TBCS también tiene algunas similitudes con la Terapia Narrativa (por ejemplo, Freedman y Combs, 1996) en que ambas adoptan una postura no-patológica, son centradas en la persona, y trabajan para crear nuevas realidades, como parte del enfoque. La TBCS es muy distinta en términos de la filosofía subyacente y supuestos a cualquier enfoque que requiere de "elaboración" del problema o de un foco intensivo en éste para resolverlo, o cualquier enfoque que se centre principalmente en el pasado y no el presente o futuro.

Otra característica que distingue la TBCS de otros modelos de tratamiento es su opinión sobre la evaluación. Al contrario de los modelos de tratamiento que ven a los profesionales como poseedores de conocimiento experto de diagnóstico y a los clientes como los objetos de evaluación, la evaluación centrada en soluciones destaca a la persona que consulta como el "evaluador" que constantemente auto-evalúa lo que quiere; aquello que puede ser posibles soluciones al problema, con el fin de acercarse al futuro deseado; lo que puede ser sus objetivos del tratamiento; cuales fortalezas y recursos que puede utilizar para llegar al futuro deseado; qué pudiera ser una ayuda en su proceso de cambio; qué tan comprometido o motivado está para hacer realidad su cambio; y qué tan rápido el consultante quiere proceder con el cambio; etc. (Lee et al., 2003). Al mismo tiempo, los profesionales centrados en las soluciones son expertos en "conversar sobre el cambio" pues sostienen diálogos que van en busca de descripciones de una realidad alternativa y beneficiosa (de Shazer, 1994).

Qué es diferente acerca del proceso terapéutico en la TBCS

En la sección de proceso terapéutico se mencionan tres características únicas del enfoque TBCS para el proceso terapéutico: Se define el proceso terapéutico (y el mecanismo de cambio) como el diálogo entre el terapeuta y el cliente. Se centra en lo que es observable en este diálogo en lugar de inferencias sobre lo que hay detrás de él. Y se basa en la evidencia de investigación de disciplinas que estudian los procesos del lenguaje. Como resultado, los profesionales centrados en las soluciones se focalizan intensamente en cómo utilizar el lenguaje durante la terapia. En la TBCS los profesionales escuchan atentamente el lenguaje de sus consultantes, lo que es importante para ellos, lo que ellos podrían querer, la evidencia de sus competencias y los éxitos relacionados con lo que quieren, y los recursos propios y externos de los consultantes. El objetivo es construir una versión cada vez más detallada de lo que los consultantes quieren que sea diferente, de tal manera que usando los recursos disponibles (propios y otros) puedan ir logrando esa versión de lo que quieren que suceda.

Ingredientes activos específicos

Algunos de los principales ingredientes activos en la TBCS incluyen: (a) el desarrollo de una alianza terapéutica de cooperación con el consultante; (b) la construcción de una solución versus el foco en un problema; (c) el establecimiento de metas alcanzables y medibles; (d) el centrarse en el futuro a través de preguntas y discusiones orientadas hacia el futuro; (e) el monitoreo constante del logro de los objetivos para facilitar que el consultante evalúe sus progresos alcanzados; y (f) centrarse en la conversación sobre las excepciones a los problemas, especialmente aquellas excepciones relacionadas con lo que el consultante quiere que sea distinto, y a su vez, alentándolos a hacer más de lo que hicieron para hacer que las excepciones ocurran.

Naturaleza de la relación consultante-terapeuta

Con la TBCS, el profesional es visto como un colaborador y consultor, que está allí para ayudar a las personas o familias a alcanzar sus metas. Con la TBCS, los consultantes hablan más y lo que hablan es considerado la piedra angular de la resolución de sus quejas. Por lo general, los profesionales centrados en las soluciones usarán métodos más indirectos, tales como un extenso interrogatorio acerca de las soluciones y excepciones anteriores. En la TBCS, el consultante es el experto, y el profesional toma una postura de "no saber" y de "liderar desde un paso atrás" a través de preguntas y respuestas centradas en soluciones.

Estructura y formato de la sesión

Las principales intervenciones se toman desde de Shazer, et al. (2007).

UNA ACTITUD CORDIAL, POSITIVA Y CENTRADA EN SOLUCIONES

Uno de los aspectos más importantes de la TBCS es el tono y la postura general tomada por el terapeuta. La actitud general es positiva, respetuosa y esperanzadora. Hay una creencia general de que las personas son muy resilientes y esto se utiliza continuamente para hacer cambios. Además, hay una fuerte creencia de que la mayoría de la gente tiene la fuerza, la sabiduría y la experiencia para efectuar el cambio. Lo que otros modelos ven como "resistencia" por lo general se ve como: (a) mecanismos de protección natural o el deseo realista de la gente de ser cautelosa e ir poco a poco; (b) un error del profesional, es decir, una intervención que no se ajusta a la situación de los clientes. Todos estos factores hacen que las sesiones tiendan a sentirse como espacios de colaboración en lugar de jerárquicas (aunque como se señaló anteriormente, los terapeutas SFBT "lideran desde atrás"), y de cooperación en vez de confrontación.

BUSCANDO SOLUCIONES ANTERIORES

Profesionales centrados en la solución han aprendido que la mayoría de la gente ha resuelto previamente muchos, muchos problemas. Esto puede haber sido en otro tiempo,

otro lugar, o en otra situación. El problema también puede haber vuelto. La clave es que la persona ha resuelto su problema, aunque sea por un corto tiempo.

BUSCANDO EXCEPCIONES

Incluso cuando una persona o familia no tiene una solución anterior que se pudiera repetir, la mayoría tiene ejemplos recientes de excepciones a su problema. Una excepción es considerada como un momento en que un problema pudo haber ocurrido, pero no ocurrió. La diferencia entre una solución anterior y una excepción es pequeña, pero significativa. Una solución anterior es algo que la familia ha intentado por su cuenta y que ha funcionado, pero por alguna razón no ha seguido esta solución exitosa, y probablemente se ha olvidado. Una excepción es algo que sucede en lugar del problema, con o sin la intención del consultante o tal vez incluso con o sin su comprensión.

PREGUNTAS VERSUS DIRECTRICES O INTERPRETACIONES

Las preguntas son un elemento importante de comunicación de todos los modelos de terapia. Los terapeutas utilizan preguntas a menudo con todos los enfoques, mientras toman una historia, cuando hacen el ingreso al comienzo de una sesión, o cuando averiguan cómo le fue al consultante con una tarea. Los profesionales centrados en las soluciones, sin embargo, hacen de las "preguntas" la herramienta de comunicación e intervención primaria. Los profesionales centrados en las soluciones tienden a no hacer interpretaciones, y muy raramente desafían o confrontan directamente a un consultante.

PREGUNTAS CENTRADAS EN EL PRESENTE Y FUTURO VERSUS ENFOQUE ORIENTADO AL PASADO

Las preguntas que los profesionales centrados en las soluciones hacen casi siempre se centran en el presente o en el futuro, y la atención se centra casi exclusivamente en lo que el consultante quiere que ocurra en su vida o en elementos de esto que ya estén sucediendo. Cuando se pregunta sobre el pasado, por lo general es acerca de cómo el consultante se sobrepuso a una dificultad similar o cuáles son las fortalezas o recursos del pasado que se pueden usar para el logro del futuro preferido. Esto refleja la creencia básica de que los problemas se resuelven mejor al centrarse en lo que ya está funcionando y en cómo a las personas les gustaría que sus vidas sean, en lugar de centrarse en el pasado por su propio bien y el origen de los problemas.

ELOGIOS O FELICITACIONES

Los elogios son otra parte esencial de la TBCS. La validación de lo que los consultantes ya están haciendo bien y el reconocer lo difícil que son sus problemas anima a los consultantes a cambiar y transmite el mensaje de que el profesional ha estado escuchando (es decir, los comprende) y se preocupa por ellos (Berg & Dolan, 2001). Los elogios en las sesiones de terapia pueden ayudar a acentuar lo que las personas están haciendo y que está funcionando bien.

“EMPUJONCITO” SUAVE PARA HACER MÁS DE LO QUE ESTÁ FUNCIONANDO

Una vez que los profesionales centrados en las soluciones han creado un marco positivo a través de elogios y luego que han descubierto algunas previas soluciones y/o excepciones al problema, dan un pequeño “empujoncito” al consultante para hacer más de lo que ha funcionado bien anteriormente, o para intentar los cambios que han enunciado en la sesión y que les gustaría probar, con frecuencia llamado "un experimento". Es raro que un profesional centrado en las soluciones dé una sugerencia o tarea que no se basa en las soluciones o excepciones anteriores de sus consultantes. Siempre es mejor si las ideas de cambio y tareas emergen desde los consultantes, al menos indirectamente, durante la conversación, en lugar de emerger desde el profesional debido a que dichos comportamientos son familiares para ellos.

Intervenciones específicas:

EL CAMBIO PRE-SESIÓN

Al principio o cerca del principio de la primera sesión de terapia, los profesionales centrados en la solución pueden preguntar: "¿Qué cambios nota usted que han ocurrido o comenzado a suceder desde que tomo la hora para esta sesión?" Esta pregunta tiene tres respuestas posibles. En primer lugar, los consultantes pueden decir que no ha pasado nada. En este caso, el terapeuta simplemente sigue y comienza la sesión preguntando algo así como: "¿Cómo puedo ser útil para usted hoy?", o "¿Qué tendría que pasar hoy día para ésta sea una sesión realmente útil?", o "¿Cómo sabría su mejor amigo si esta sesión le sirvió?", o "¿Qué tendría que ser diferente en su vida después de esta sesión para que usted pueda decir que fue una buena idea venir a hablar conmigo?".

La segunda respuesta posible es que las cosas han comenzado a cambiar o mejorar. En este caso, el profesional hace muchas preguntas acerca de los cambios que han comenzado a ocurrir, pidiendo muchos detalles. Esto inicia el proceso de "conversación sobre soluciones", haciendo hincapié en las fortalezas y resiliencias del cliente desde el principio, y permite preguntar: "¿Entonces, le gustaría que los cambios continuaran en esta dirección?" ofreciendo así el comienzo de un objetivo concreto y positivo.

La tercera respuesta posible es que las cosas están casi iguales. Y el terapeuta podría preguntar algo así como: "¿Es inusual que las cosas no hayan ido peor?" o "¿Cómo lo has hecho para evitar que las cosas empeoren?" Estas preguntas pueden conducir a información sobre las soluciones y las excepciones anteriores, y puede moverlos a “hablar de soluciones”.

OBJETIVOS CENTRADOS EN SOLUCIONES

Al igual que muchos modelos de psicoterapia, el establecimiento de objetivos personales relevantes, claros, específicos y alcanzables es un componente importante de la TBCS. Siempre que sea posible, el profesional intenta evocar metas pequeñas en lugar de metas grandes. Más importante aún, se anima a las personas a definir sus metas en términos de la presencia de una solución, en vez de la ausencia de un problema. Por ejemplo, es mejor tener como meta: "Queremos que nuestro hijo nos hable amablemente",

que tendría que ser descrito con mayor detalle, en lugar de, "Nos gustaría que nuestro hijo no nos insulte." Además, el objetivo está enmarcado como algo que la persona puede practicar regularmente y que no depende de otro. Si un objetivo se describe en términos de su solución, se puede ampliar más fácilmente (ver más abajo).

PREGUNTA DEL MILAGRO

Algunos consultantes tienen dificultades para articular objetivos, y más aún metas centradas en soluciones. La pregunta del milagro es una manera de preguntar por el objetivo de una persona de una manera que comunica respeto por la inmensidad del problema, y al mismo tiempo conduce a la persona a dar con las piezas más pequeñas y manejables de la meta. También es una manera para que muchos hagan un "ensayo virtual" de su futuro preferido.

El lenguaje preciso de la intervención puede variar, pero la redacción básica es: "Voy a hacerte una pregunta bastante extraña [pausa]. La extraña pregunta es la siguiente: [pausa] Después que hablemos, volverás a tu trabajo (el hogar, la escuela) y harás lo que tienes que hacer el resto del día, cosas como el cuidado de los hijos, cocinar la cena, ver la televisión, dar un baño a los niños, etc. Llegará el momento de ir a la cama. Todos en tu casa están tranquilos y duermes en paz. En el medio de la noche, un milagro ocurre y el problema que te trajo a hablar conmigo hoy ¡está resuelto! Pero debido a que esto ocurre mientras estás durmiendo, es que no hay manera de saber que hubo un milagro que resolvió el problema durante la noche. [pausa] Por lo tanto, cuando te despiertas mañana por la mañana, ¿qué podría ser el primer pequeño cambio que hará que te digas a ti mismo, '¡Guau! algo debe haber sucedido, el problema se ha ido!?' "(Berg & Dolan, 2001, p. 7.)

Los consultantes tienen varias reacciones a la pregunta. Pueden verse perplejos. Ellos pueden decir que no entienden la pregunta o que "no saben". Pueden sonreír. Por lo general, sin embargo, dado el tiempo suficiente para reflexionar sobre esta pregunta además de la persistencia del terapeuta, empiezan a aparecer algunas cosas que serían diferentes cuando el problema se resuelve. Presentamos aquí un ejemplo de cómo una pareja, ambos ex traficantes de drogas con varios años de contacto previo con los terapeutas y trabajadores sociales, que dijeron que querían a los "servicios sociales fuera de nuestras vidas" comenzaron a responder a la pregunta milagro. Insoo Kim Berg es la entrevistadora. Además de ser un buen ejemplo de cómo los consultantes comienzan respondiendo a la pregunta del milagro, estos extractos ilustran la co-construcción de TBCS entre la terapeuta y los usuarios, donde significados alterados o nuevos se construyen en la medida que la terapeuta formula las preguntas y respuestas siguientes sobre la base de las respuestas y las palabras anteriores de los clientes, aquí se muestra lo que va a ser diferente cuando el milagro suceda:

Berg: (Finalización de la pregunta del milagro con ...) Así que cuando te despiertas mañana por la mañana, cuál será la primera pequeña pista para ti ... "¡guau! algo es diferente".

Padre: ¿Quieres decir que todo se ha ido: los niños ... todo?

Mamá: No no.

Berg: El problema se ha ido.

Padre: ¿Nunca sucedió?

Mamá: El problema ocurrió pero todo es mejor.

Berg: Todo está controlado ahora.

Mamá: Para decir la verdad, yo probablemente no sé cómo ... estamos esperando. Quiero decir, estamos a la espera de ese día. Estamos esperando el día en que simplemente no hay nadie.

Berg: Nadie. No hay servicio social en su vida.

Mamá: Sí.

Berg: ¿Cómo lo..., cuando ustedes logran despertar en la mañana, y miran alrededor y ven, lo que le permitirá saber ... "guau, hoy es diferente, un día diferente hoy día, algo es diferente, algo sucedió. "

Padre: La sensación de la tripa. El sentimiento interior. Sacarnos el mono de la espalda por así decirlo.

Berg: De acuerdo.

Padre: Cuando tuve un problema con las drogas..., supongo que era gran parte del tiempo el mismo sentimiento.

Cuando tuve el problema de drogas yo siempre estaba buscando, y simplemente siempre algo, nunca me sentí bien por ello. Usted sabe.

Berg: [Conecta con las palabras del consultante y significados, haciendo caso omiso de las "declaraciones de queja" y escoge una parte del mensaje del consultante que está conectada con aquello que ellos quieren sentir diferente] Así que, después de este milagro esta noche, cuando el milagro sucede, los problemas están resueltos, ¿que sería diferente en su sensación de tripa?

Padre: Tal vez me sentiría un poco más ligero, es un poco más fácil moverme... no tener que, ah, responder por cada uno de mis movimientos.

Mamá: Ahá. Ser capaz de tomar decisiones como marido y mujer. Como padres de niños. Sin tener que preguntarse, "¿tomamos la decisión correcta o vamos a ser juzgados con esa decisión?"

Berg: Oh.

Mamá: Quiero decir, esto es lo que sentimos que es lo mejor, pero cuando tenemos que responder *nuestra* decisión a alguien más...

Padre: Sí, me refiero a "tratemos de esta manera," o "tratemos de esa manera," bueno, o sea, es natural aprender mucho de esas cosas por tu cuenta, o sea... quiero decir, tú te equivocas y te devuelves y lo intentas de otra manera.

Berg: Entonces, les gustaría tomar la decisión sólo ustedes dos, que ustedes dijeran: "hmm, esto tiene sentido, hagámoslo de esta manera", sin tener que preocuparse: "hay alguien que va a mirar por encima de nuestro hombro o no."

Mamá papá: Correcto.

Mamá: Y si estamos o no estamos de acuerdo. Tener a alguien, tener a alguien que tome partido, ya sabes, ¿cuál es su punto, cual es mi punto? Y después tratar de explicarnos a nosotros, bueno...

Padre: (Refiriéndose a los servicios sociales) Siempre fue tener un mediador, es decir...

Mamá: Sí, siempre hay alguien que media.

Berg: Entonces el mediador se habrá ido. Estará fuera de su vida.

Mamá papá: Correcto.

Berg: (Conexión de nuevo con las palabras/significados del cliente; aceptar y construir) OK Correcto. Correcto. Entonces, supongan, supongan que todos estos mediadores están fuera de su vida, incluyéndome a mí. ¿Qué sería diferente entre ustedes dos? (Silencio)

Padre: (Suspira)

Mamá: Todo. Como he dicho, ser capaz de mirarnos el uno al otro como marido y mujer y saber que si hemos, si estamos de acuerdo en algo, que esa es *nuestra* decisión, y esa es la forma en que va a ser. Si no estamos de acuerdo en algo, es una decisión que, quiero decir, eso es algo que tenemos que trabajar entre nosotros, y nosotros no tenemos que preocuparnos de cuál va a ser la opinión de la tercera persona, y no tenemos que tener una tercera persona diciendo: "Sí, bueno, estoy de acuerdo, la manera en que Keith decidió que era correcta". Lo cual me hace sentir aún más menospreciada.

Berg: Muy bien. Entonces ustedes dos tomarán decisiones con respecto a su familia. Qué hacer con los niños, qué hacer con el dinero, lo que van a hacer con cualquier cosa, ¿cierto?

Mamá: Correcto.

Berg: Supongan que ustedes son capaces de hacer eso sin titubear. ¿Qué sería diferente entre ustedes dos... que les hará saber, "¡guau! ¡Esto es diferente! Estamos tomando nuestras propias decisiones".

Mamá: Una gran cantidad de tensión se va, creo

Y así sucesivamente...

Lo que los consultantes son capaces de co-construir con el terapeuta, en respuesta a la pregunta del milagro generalmente se puede tomar como los objetivos de la terapia. Con una descripción detallada de cómo les gustaría que sus vidas sean, los consultantes pueden recurrir más fácilmente a la construcción de significados ampliados sobre excepciones y pasados comportamientos de soluciones que pueden ser útiles en la realización de sus futuros preferidos.

En la terapia de parejas, familias o grupos, la pregunta milagro puede hacerse de manera individual o grupal. Si se le pregunta individualmente, cada miembro daría su respuesta a la pregunta del milagro, y otros podrían reaccionar a ella. Si la pregunta se plantea a la familia, al grupo, o la pareja en su conjunto, los miembros pueden "trabajar en" su milagro juntos. El terapeuta centrado en las soluciones, al tratar de mantener una actitud de colaboración entre los miembros de la familia, enfatiza en las metas similares y afirmaciones de apoyo entre los miembros de la familia.

PREGUNTAS DE ESCALA

Si la persona o familia dan metas específicas directamente o bien, a través de la pregunta del milagro, una siguiente intervención en TBCS es hacer que ellos evalúen su estado actual. Las preguntas de escala son posibles y útiles. En la primera sesión, preguntando en una escala de 0 a 10, qué tan dispuesta está la persona a realmente hacer algo para avanzar hacia su futuro preferido, es útil para evaluar la motivación para el cambio. También se les puede preguntar por su nivel de confianza para el logro de su objetivo en la misma escala de 0 a 10. El terapeuta puede preguntar la pregunta del milagro de escala: "En una escala de 0 a 10 donde 10 es esta imagen futura de (por ejemplo, felicidad) y 0 es lo peor que puede estar ¿en qué número se encuentra usted?" O

“De 0 a 10, donde 0 significa que el momento en que tomo la hora para venir y 10 significa el día después del milagro, ¿dónde/cómo están las cosas ahora?” Por ejemplo, con una pareja donde su objetivo es una mejor comunicación:

Terapeuta: Lo que quiero hacer ahora es medir el problema y su objetivo. Digamos que un 0 es tan malo como el problema jamás podría ser, nunca se habla, sólo peleas, o evitar todo el tiempo. Y digamos que un 10 es donde se hable todo el tiempo, con una comunicación perfecta, nunca tienen una pelea.

Esposo: Eso es bastante poco realista

T: Eso sería lo ideal. Así que ¿dónde dicen ustedes que fue en el peor momento? Tal vez justo antes de venir a verme.

Esposa: Era bastante malo ... No sé ... yo diría que un 2 o un 3.

Marido: Sí, yo diría que un 2.

T: Ok (escribe) ... 2-3 para usted, y un 2 para usted. Ahora, díganme con que estarían satisfechos ustedes cuando la terapia se termine y sea exitosa?

E: Yo sería feliz con un 8.

M: Bueno, por supuesto que me gustaría un 10, pero eso es irreal. Sí, estoy de acuerdo, un 8 sería bueno.

T: ¿Dónde dirían ustedes que están en este momento?

E: Yo diría que es un poco mejor, porque él viene aquí conmigo, y veo que él está tratando de... Yo diría que tal vez un 4?

M: Bueno, es bueno escuchar eso. Yo no habría pensado que ella habría puesto tan alto. Yo diría que es un 5.

T: Ok, un 4 para usted, un 5 para usted. Y ambos quieren que sea un 8 para que la terapia sea exitosa, ¿no?

Hay tres componentes principales de esta intervención. Primero, es un dispositivo de evaluación. Es decir, cuando se utiliza en cada sesión, el profesional y los consultantes tienen una continua medición del progreso de estos últimos. En segundo lugar, se deja en claro que la evaluación del consultante es más importante que la del terapeuta. En tercer lugar, esta es una poderosa intervención en sí misma ya que el diálogo se centra en soluciones y excepciones previas, enfatizando cualquier nuevo cambio que se produzca. Al igual que con la pregunta sobre los cambios realizados antes de la primera sesión, aquí hay tres cosas que pueden suceder entre cada sesión: (a) las cosas pueden mejorar, (b) las cosas pueden seguir igual, (c) las cosas pueden empeorar.

Si la balanza sube, el terapeuta evoca largas descripciones y detalles en cuanto a lo que es diferente y mejor, y respecto de cómo lograron hacer los cambios. El terapeuta puede elogiar/felicitar al cliente durante la sesión por los progresos realizados, o bien, puede comentar los cambios en un resumen de la sesión. Estas acciones apoyan y consolidan los cambios, y conducen al consecuente “empujoncito” para “hacer más de lo mismo.” Si las cosas “están igual,” una vez más, los consultantes pueden ser reforzados por el mantenimiento de sus cambios, o por no permitir que las cosas se pongan peor. El terapeuta puede preguntar “¿Cómo lo has hecho para no estar peor?” Es interesante la frecuencia con la que esta pregunta puede llevar a una descripción de los cambios que los

usuarios han hecho, en tal caso, una vez más, el terapeuta puede elogiar/felicitar, apoyar y animar a hacer más de ese cambio.

T: María, la semana pasada tú estabas en un 4 en la escala de la buena comunicación. Me pregunto dónde te encuentras esta semana.

E: [pausa] yo diría que un 5.

T: Un 5! ¡Guauu! En serio! en sólo una semana.

E: Sí, creo que nos hemos comunicado mejor esta semana.

T: ¿Cómo te comunicaste mejor esta semana?

E: Bueno, creo que fue Rich. Parecía tratar de escucharme más esta semana.

T: Eso es genial. ¿Me puedes dar un ejemplo de cuando él estuvo escuchando más?

E: Bueno, sí, ayer por ejemplo. Por lo general me llama una vez al día desde el trabajo, y ...

T: Siento interrumpir, pero dijiste que él te llama una vez al día? ¿Desde el trabajo?

E: Sí

T: Estoy un poco sorprendida, porque no todos los maridos llaman a sus esposas cada día.

E: Él siempre ha hecho eso.

T: ¿Eso es algo que te gusta? Algo que no quisieras que cambie?

W: Sí, por supuesto.

T: Disculpa, continúa, me estabas contando de ayer cuando él llamó.

E: Bueno, por lo general es una especie de llamada corta. Pero le dije acerca de algunos problemas que estaba teniendo, y él escuchó por hart rato, parecía que le importaba, me dio algunas buenas ideas. Eso fue amable.

T: Entonces, ¿ese fue un ejemplo de cómo le gustaría que fuera, donde se puede hablar de algo, un problema, y él escucha y da buenas ideas? ¿Apoyo?

E: Sí.

T: Rich, ¿sabía usted que a María le gusta que usted la llame y la escuche? ¿Y que eso hizo que ustedes dos asciendan en la escala, para ella?

M: Sí, supongo. He estado tratando realmente esta semana.

T: Esto es genial. ¿Qué más han hecho ustedes para tratar de mejorar la comunicación esta semana?

Este ejemplo muestra cómo avanzar en la escala con la pareja sirve como un medio para encontrar progreso en los consultantes. La terapeuta obtuvo más y más información sobre los pequeños cambios que los usuarios hicieron por su cuenta, utilizando las diferencias en la escala para generar preguntas. Naturalmente, esto llevó que la profesional sugiera que la pareja siga haciendo las cosas que estaban resultando bien, en el caso del marido, continuar llamándola y seguir involucrándose en la escucha activa que ella encontró tan útil.

LA CONSTRUCCIÓN DE SOLUCIONES Y EXCEPCIONES

El profesional centrado en soluciones pasa la mayor parte de la sesión escuchando atentamente a conversación sobre soluciones previas, excepciones y objetivos. Cuando éstos aparecen, el profesional los enfatiza con entusiasmo y apoyo. Luego, el profesional trabaja para mantener la "conversación sobre soluciones" en la palestra. Esto, por supuesto, requiere de toda una serie de habilidades diferentes a las utilizadas en las

terapias tradicionales centradas en los problemas. Mientras que el terapeuta centrado en el problema se preocupa por los signos latentes de lo que ha causado o mantiene un problema, el profesional centrado en las soluciones está preocupado por los signos latentes de progreso y soluciones.

Madre: Ella siempre, simplemente me ignora, actúa como si no estuviera allí, llega a casa desde la escuela, simplemente corre a su cuarto. Quién sabe lo que está haciendo ahí.

Hija: Usted dice que peleamos todo el tiempo, así que me voy a mi habitación, para que no peleemos.

M: ¿Ve? Ella admite que simplemente trata de evitarme. No sé por qué no puede simplemente volver a casa y hablar conmigo un poco, acerca de la escuela o algo así, como solía hacerlo.

T: Espera un segundo, ¿cuándo ella “solía hacerlo”? Anita, ¿cuándo solías volver a casa y contarle a tu madre acerca de la escuela?

H: Lo hice mucho, el semestre pasado pasó.

T: ¿Me puedes dar un ejemplo de la última vez que hiciste eso?

M: Yo te puedo decir, que fue la semana pasada en realidad. Y ella estaba muy emocionada porque su proyecto de ciencias fue elegido.

T: Cuénteme más, ¿qué día fue ese...?

M: Creo que el miércoles pasado.

T: Y ella llegó a casa...

M: Ella llegó a casa toda emocionada.

T: ¿Que estabas haciendo?

M: Creo que lo de costumbre, estaba preparando la cena. Y ella entró toda emocionada, y le pregunté qué pasaba, y me dijo que su proyecto de ciencias había sido elegido para la exhibición en la escuela.

T: guau, eso es todo un honor.

M: Lo es.

T: Entonces, ¿qué pasó?

M: Bueno, hablamos de ello, ella me lo contó todo.

T: Anita, ¿te acuerdas de esto?

H: Claro, fue sólo la semana pasada. Yo estaba super feliz.

T: Y ¿ustedes dirían que esa fue una buena conversación, una buena conversación entre ustedes dos?

H: Por supuesto. Eso es lo que quiero decir; no siempre me voy a mi habitación.

T: ¿Había algo diferente en ese momento, de la semana pasada, que hizo más fácil que hablen entre ustedes?

M: Bueno, ella estaba emocionada.

H: Mi mamá me escuchó, no estaba haciendo nada más.

T: Guau!, esto es un gran ejemplo. Gracias. Déjenme preguntarles esto: si fuera así más a menudo, donde Anita hablara con usted acerca de las cosas que fueran interesantes e importantes para ella, y donde mamá, usted la escuchara por completo sin hacer otras cosas, ¿es eso a lo que ustedes se refieren con mejor comunicación?

H: Si exacto.

M: Sí

En este ejemplo, la profesional hizo varias de cosas. En primer lugar, ella puso cuidadosa atención a una excepción al problema, un momento en que el problema pudo haber sucedido, pero no ocurrió. En segundo lugar, hizo énfasis en esa excepción repitiéndola, enfatizándola, obteniendo cada vez más detalles al respecto, y felicitándolas por ello. En tercer lugar, conectó la excepción con su objetivo (o milagro) haciendo la pregunta: "¿si esta excepción ocurriera más a menudo, su objetivo sería alcanzado?"

PREGUNTAS DE AFRONTAMIENTO

Si una persona reporta que el problema no está mejor, el terapeuta puede a veces preguntar: "¿Cómo lo has hecho para que las cosas no estén peor?" o, "Esto suena duro, ¿cómo lo has hecho para afrontar esto de esta manera?"

TOMAR UN DESCANSO Y VOLVER A REUNIRSE

Muchos modelos de terapia familiar han animado a los profesionales a tomar un descanso hacia el final de la sesión. Por lo general, esto consiste en una conversación entre el profesional y un equipo de colegas o un equipo de supervisión que ha estado observando la sesión y que dan retroalimentación y sugerencias al profesional. En TBCS, también se alienta a los profesionales a tomar un descanso cerca del final de la sesión. Si hay un equipo, ellos retroalimentan al profesional, dan una lista de elogios para la familia, y algunas sugerencias para las intervenciones basadas en las fortalezas del consultante, soluciones anteriores o excepciones. Si no hay un equipo disponible, el profesional aún tomará un descanso para recopilar sus reflexiones sobre la sesión, y luego generará elogios e ideas para posibles experimentos. Cuando el profesional vuelve a la sesión puede entregar sus elogios a la familia.

T: Yo simplemente quería decirles que el equipo estuvo muy impresionado con ustedes dos esta semana. Ellos querían que yo les diga lo siguiente, mamá: ellos pensaron que a usted realmente le importa su hija. Es muy difícil ser mamá, y usted se ve tan enfocada y clara acerca de lo mucho que la quiere y cómo la quiere ayudar. Ellos también quedaron impresionados de que haya venido a la sesión de hoy, a pesar del trabajo y tener un hijo enfermo en casa. Anita, el equipo también ha querido felicitarte por tu compromiso para hacer que la familia esté mejor. Querían que te diga lo brillante y elocuente que ellos piensan que tú eres, y ¡qué buena "científica" eres! Sí, que parece que estás realmente consciente de que pequeñas cositas que ocurren en tu familia podrían hacer una diferencia... Eso es lo que hacen los científicos, ellos observan los detalles que parecen provocar cambios en las cosas, no importa cuán pequeño sea. De todos modos, ¡se quedaron muy impresionados con ustedes dos!

H: [Mostrándose complacida] ¡guau, gracias!

EXPERIMENTOS Y TAREAS

Mientras muchos modelos de psicoterapia usan tareas entre sesiones para solidificar cambios iniciados durante el tratamiento, la mayoría de las veces la tarea es

asignada por el profesional. En la TBCS, los profesionales a menudo terminan la sesión sugiriendo un posible experimento para que las familias o personas prueben entre sesiones, si así lo desean. Estos experimentos se basan en algo que ellos ya están haciendo (excepciones), pensando, sintiendo, etc. y que les está ayudando a avanzar hacia su objetivo. Como alternativa, la tarea puede ser diseñada por el consultante. Ambas opciones siguen la filosofía básica de que lo que emerge desde el consultante es mejor que lo que pueda emerger desde el profesional. Esto se debe a varios motivos. En primer lugar, lo que usualmente sugiere la persona que consulta, directa o indirectamente, es familiar. Una de las principales razones de por qué la tarea no se logra en otros modelos es que es ajena a la familia, por lo que toma más procesamiento y trabajo para lograrlo (usualmente considerado como "resistencia"). En segundo lugar, las personas suelen asignarse a sí mismas ya sea más de lo que ha funcionado para ellos (una solución anterior) o algo que realmente quieren hacer. En ambos casos, la tarea está más ligada a sus propios objetivos y soluciones. En tercer lugar, cuando una persona realiza su propia tarea, se reduce la tendencia natural del ser humano a "resistir" la intervención externa, no importando si la intención es buena o no. Mientras la TBCS no se centra en la resistencia (de hecho, considera este fenómeno como un proceso natural, protector que la gente usa para moverse lentamente y con cautela más que como una prueba de la psicopatología), ciertamente, cuando los clientes comienzan a hacer su propia tarea, hay una mayor probabilidad de éxito.

T: Antes de terminar hoy, me gustaría que ustedes dos piensen en una tarea. Si tuvieran que darse a sí mismos una tarea de esta semana, ¿cuál sería?

H: ¿Tal vez que hablemos más?

T: ¿Puedes decirme más de eso?

H: Bueno, que yo trate de hablar con ella más cuando llegue a casa desde la escuela. Y que ella deje de hacer lo que está haciendo y me escuche.

T: Me gusta eso. ¿Sabes por qué? Debido a que es lo que ustedes dos estaban empezando a hacer la semana pasada. Mamá, ¿qué te parece? ¿Eso es una buena tarea?

M: Sí, eso está bien.

T: Entonces, aclaremos esto. Anita va a tratar de hablar más con usted cuando ella llega a casa desde la escuela. Y usted va a dejar lo que está haciendo - si se puede- y escuchar y hablar con ella acerca de lo que ella está hablando con usted. ¿Algo más? ¿Hay algo que quieran agregar?

M: No, eso es bueno. Sólo tengo que dejar de hacer lo que estaba haciendo, creo que es importante escucharla a ella.

T: Bueno, eso seguro parecía funcionar para ustedes dos la semana pasada. De acuerdo, así que esa es la tarea. Vamos a ver cómo les ha ido la próxima vez.

Dos puntos a enfatizar aquí: En primer lugar, se le pidió a madre e hija crear su propia tarea en lugar de que la profesional imponga una. En segundo lugar, lo que ellas se asignaron fluyó naturalmente de sus soluciones y excepciones de la semana anterior. Esto es muy común y es alentado por los profesionales centrados en las soluciones. Sin embargo, incluso si la familia sugiriera una tarea, que no se base en soluciones y

excepciones al problema, lo más probable es que el terapeuta lo apoye. Lo importante de esta parte es que las tareas provengan desde los consultantes.

En los casos en que la persona no ha sido capaz de formar un objetivo claro el terapeuta puede sugerirle que piense acerca de cómo quiere que las cosas sean, por ejemplo, mediante la fórmula de tarea de la primera sesión (first session formula-task; de Shazer, 1992, 1994).

Ideas acerca de lo que el terapeuta piensa que pueden ser útil para la persona o familia pueden, y a menudo, deben darse con el mensaje de cierre de la sesión. Estos tendrán algo que ver con lo que el consultante describe en el milagro. La forma genérica de la fórmula es: "Observe qué cosas están pasando en su vida y que están relacionadas con su venida aquí, desde ahora a nuestra próxima sesión, que desea que continúen pasando."

ENTONCES, ¿QUÉ ES MEJOR, AUNQUE SEA UN POCO, DESDE LA ÚLTIMA VEZ QUE NOS VIMOS?

Al comienzo de cada sesión después de la primera, el profesional suele preguntar sobre el progreso, acerca de lo que ha estado mejor durante el intervalo. Muchas personas reportarán que ha habido algunas mejoras notables. El profesional le pedirá que describa estos cambios con el mayor detalle posible. Algunas personas cuentan que las cosas han permanecido igual o que han empeorado. Esto llevará a que el profesional explore cómo la persona lo ha hecho para que las cosas no estén cada vez peor; o, si es peor, qué hizo para evitar que las cosas sean aún peor. Lo que quiera que la persona haya hecho para evitar que las cosas empeoren será entonces el foco y fuente de elogios y, tal vez, insumo para un experimento, pues eso es lo que les ha funcionado bien para no estar peor. Durante la sesión, por lo general después que ha habido bastante tiempo destinado a conversar acerca de lo que está mejor, el profesional le pregunta a la persona cómo evaluaría su progreso (hacia la solución) en la escala. Por supuesto, cuando la calificación es más alta que la sesión anterior el terapeuta *felicitará* estos avances y ayudará a que los consultantes elaboren cómo van a *mantener* la mejora.

En algún momento durante la sesión—posiblemente al inicio o tal vez más adelante en la sesión— el profesional chequeará, con frecuencia indirectamente, sobre cómo les fue con la tarea. Si el consultante hizo la tarea, y ésta "resultó" —es decir, la tarea ayudó a avanzar hacia su futuro preferido— el profesional felicita al consultante. Si el consultante no hizo su tarea, el profesional desecha la tarea o pregunta qué hizo el consultante que estuvo mejor.

Una diferencia entre la TBCS y otros modelos que son orientados a la tarea, como la terapia cognitivo-conductual, es que la propia tarea no es necesaria para el cambio en sí, por lo que no completar una tarea no se aborda. Si los consultante no hacen la tarea, se asume que ellos tienen buenas razones, tales como (a) algo realista obstaculizó su realización, como el trabajo o una enfermedad; (b) el consultante no la encontró útil o (c) básicamente, no era algo relevante durante el intervalo entre sesiones. En cualquier caso, no se considera una falta el no hacer la tarea. Si la persona hizo la tarea, pero las cosas no mejoraron o empeoraron, el profesional maneja esto de la misma forma en que lo haría si los problemas permanecieran igual o empeoraran.

Compatibilidad con terapias complementarias

Las preguntas e intervenciones de la TBCS pueden ser fácilmente utilizadas como complemento de otras terapias. Uno de los principios originales y centrales de la TBCS- "Si algo funciona bien, haga más de lo mismo" –sugiere que los profesionales deben animar a sus consultantes a continuar con otras terapias y enfoques que les son útiles. Por ejemplo, se anima a los usuarios a (a) seguir tomando la medicación prescrita, (b) permanecer en grupos de autoayuda si les está ayudando a lograr sus metas, o (c) iniciar o continuar la terapia familiar. Por último, es una idea equivocada pensar que la TBCS es filosóficamente opuesta a los tratamientos tradicionales de abuso de sustancias. Por el contrario, si una persona está en tratamiento tradicional o lo ha tenido en el pasado y el tratamiento ha ayudado, se le debe animar a seguir haciendo lo que está funcionando. Como tal, la TBCS podría utilizarse como un complemento o un componente de un programa de tratamiento integral.

Poblaciones objetivo

Se ha comprobado que la TBCS es clínicamente útil en programas de tratamiento para adolescentes y adultos ambulatorios en los EE.UU. (Pichot y Dolan, 2003), y como un complemento al tratamiento más intensivo de pacientes hospitalizados en Europa. La TBCS está siendo utilizada para tratar toda la gama de trastornos de salud mental, y también se está utilizando en ámbitos de la educación y de negocios. Meta-análisis y revisiones sistemáticas de estudios experimentales y cuasi-experimentales indican que la TBCS es una intervención promisoriosa para jóvenes y adultos con trastornos internalizantes y problemas de conducta. La TBCS también se ha utilizado a menudo con problemas escolares y académicos, mostrando tamaños de efecto que van de mediano a grande (Gingerich y Peterson, 2013; Kim, 2013; Kim y Franklin, 2009).

Abordar las necesidades de las poblaciones especiales

Mientras la TBCS puede ser útil como tratamiento primario para muchos individuos en terapias ambulatorias, es muy probable que personas con problemas psiquiátricos severos, problemas biomédicos o situaciones de vida inestable necesiten servicios médicos, psicológicos y sociales adicionales. En esas situaciones, la TBCS puede ser parte de un programa de tratamiento más comprehensivo. Análisis de moderación en un meta-análisis llevado a cabo por Stams y equipo (2006) encontró que la TBCS tenía un efecto estadísticamente significativo al comparar los resultados con personas que no recibieron tratamiento ($d = 0,57$, $p < 0,01$), aunque este efecto no era mayor al que obtuvieron personas que recibieron el tratamiento habitual. Las personas que residen en instituciones, incluidos delincuentes y los pacientes con esquizofrenia, se beneficiaron más de la TBCS ($d = 0,60$) que las personas que no se encuentran en residencias, como familia/pareja ($d = 0,40$) y estudiantes ($d = 0,21$). Dos revisiones de estudios empíricos sugieren que la TBCS es

efectiva con trastornos del ánimo como la depresión (Kim y Franklin, 2008; Gingerich y Peterson, 2013).

La TBCS se utiliza en contextos clínicos y no clínicos alrededor de todo el mundo. Sin embargo, la investigación en torno a la eficacia de TBCS con poblaciones étnicas minoritarias es limitada, especialmente en los Estados Unidos. Aunque vale la pena señalar que a la fecha existe un cúmulo importante de investigaciones internacionales en Europa, China continental, Taiwán, Hong Kong y Japón (Franklin & Montgomery, 2013) que examinan la efectividad de la TBCS en dichas poblaciones. Además, Kim (2013) editó un libro de práctica clínica sobre la aplicación de la terapia breve centrada en soluciones con los consultantes de minorías y el artículo de Corcoran (2000) provee un marco conceptual para ayudar a entender cómo la TBCS puede ser efectiva con grupos minoritarios. Asimismo, Franklin y Montgomery (2013) proporcionan un desglose de las características demográficas raciales de los diversos estudios de resultados revisados. Los resultados muestran que la mayoría de las personas que recibieron TBCS fueron caucásicos (71,7%), seguidos de afroamericanos (12,3%) y latinos (12,3%). Cabe señalar que estas cifras son similares a las proporciones de población estadounidense lo cual es importante pues la mayoría de los estudios revisados se realizaron en los EE.UU.

Características y requisitos del terapeuta centrado en las soluciones

Los profesionales centrados en las soluciones deben poseer la formación necesaria y la certificación en una disciplina de la salud mental y formación especializada en TBCS. El ideal profesional centrado en las soluciones debiera poseer (a) una maestría de una disciplina de ayuda como consejería, trabajo social, terapia matrimonial y familiar, psicología, o psiquiatría; (b) capacitación formal y supervisión en la terapia breve centrada en soluciones, ya sea a través de clases en la universidad o de una serie de talleres y experiencias de formación, así como la supervisión en sus contextos de trabajo. Los profesionales que dominan y sobresalen como terapeutas centrados en las soluciones, tiene estas características: (a) es cálido y amigable; (b) es naturalmente positivo y apoyador (a menudo se le dice que "ven lo bueno en la gente"); (c) son de mente abierta y flexible a nuevas ideas; (d) son excelentes escuchadores, especialmente con la capacidad de escuchar soluciones anteriores en los clientes encerrados en la "conversación sobre problemas"; y (e) son tenaces y pacientes.

Formación del Terapeuta

Los profesionales que cumplan con los requisitos anteriores deben recibir capacitación formal y supervisión en TBCS. Una breve reseña de un programa de formación incluiría:

1. Historia y filosofía de la TBCS
2. Los principios básicos de la TBCS
3. Formato de la sesión y estructura de la TBCS
4. Ejemplos filmados de "maestros" de la TBCS
5. Formato de la TBCS
6. Ejemplos filmados de TBCS
7. Juego de roles
8. Práctica con retroalimentación de vídeo
9. Entrenamiento con retroalimentación de vídeo

Los profesionales pueden considerarse capacitados cuando logren una calificación de adhesión y competencia de un 85% usando escalas de evaluación estandarizadas de adherencia y competencias. También debe haber evaluaciones subjetivas por parte de los formadores a la capacidad global de los profesionales para funcionar de forma fiable y competente como profesionales centrados en las soluciones.

Supervisión

Los profesionales centrados en las soluciones deben ser supervisados en directo cada vez que sea posible. Uno de los problemas más comunes del profesional es volver a caer en "hablar de problemas." Es mucho mejor que el profesional en formación reciba retroalimentación simultánea, a través del teléfono con llamadas en directo, por ejemplo,

para que esto pueda ser corregido inmediatamente. Es mucho más probable que la "conversación sobre soluciones" se convierta en algo natural y cómodo para los profesionales cuando se les da una retroalimentación inmediata, especialmente al principio de la formación. La otra ventaja de la supervisión en vivo, por supuesto, es que hay un segundo conjunto de "ojos clínicos", los cuales también beneficiarán a los consultantes, sobre todo los casos más difíciles. Cuando la supervisión en vivo no es posible, la supervisión en video es una alternativa, ya que el movimiento y el lenguaje corporal es relevante para la retroalimentación que el supervisor querrá dar al terapeuta. Escalas de adherencia y de competencia deben ser utilizadas como un complemento a la supervisión, para enfocar la supervisión en equilibrar tanto la cantidad de intervenciones (adherencia) y la calidad (competencia) y permitir la reparación más inmediata.