

## Terapia Centrada en las Soluciones (TCS)

Dr. Xavier Coll

### Introducción

La Terapia breve Centrada en las Soluciones (TCS) o como es conocida en el mundo anglosajón *Brief Solution Focused Therapy* (De Shazer, 1985, 1988, 1992, 1994), se originó dentro del campo de la terapia familiar (de Shazer, 1985, 1989), pero ha evolucionado en un modelo que se puede utilizar con la misma eficacia en terapia individual o de grupo. TCS combina técnicas de Milton Erickson (Erickson, 1980) y Haley (1976), con el énfasis en significados y atributos de la terapia cognitiva (Beck et al., 1979), y la obtención de ciertas metas de la terapia conductista (Turner, Calhoun y Adams, 1981). Por un lado TCS consiste en un grupo de técnicas muy prácticas y simples; por otro lado contiene ideas y teorías que cuestionan diversos axiomas y creencias del pensamiento terapéutico tradicional y de la psicología aplicada. Además, estas ideas se pueden aplicar en campos que van más allá de la terapia, y se extienden en el mundo de la gestión, supervisión, y enseñanza (Rhodes y Ajmal, 1995).

### Generalidades y puntos específicos

En los **cimientos** de este enfoque yacen los siguientes puntos:

- Un énfasis en el pasado y en los detalles concretos del problema no son siempre necesarios para el desarrollo de soluciones.

- Siempre existen excepciones al problema, es decir, momentos en los que el problema no lo es tanto o esta ausente. Estas excepciones son frecuentemente olvidadas, o consideradas como episodios de suerte sobre los que no tenemos ningún control.
- Nuestros pacientes tienen recursos para resolver sus problemas. Es importante que utilicemos lo que el paciente “nos trae” a la consulta, además de las dificultades.
- Un cambio pequeño puede llevar a cambios mas generalizados. Este cambio puede consistir en hacer las cosas de una manera diferente. Cuando alteramos nuestro comportamiento, repercutirá tanto en aspectos “más profundos” de nuestra persona, como en la manera que otra gente nos percibe.
- Nuestros pacientes tienen maneras diversas de cooperar con su tratamiento. Por ejemplo, si el paciente quiere seguir hablando de sus problemas, entonces ésta podría ser la mejor manera de proceder. El terapeuta, no obstante, continuará identificando posibilidades constructivas que podrá utilizar en otro momento. También intentaremos introducir preguntas del tipo: “Cuando el problemas se haya solucionado, qué hobbies crees que escogerás?”.
- La centralización de las metas. Si la meta del paciente es ignorada, entonces el tratamiento es muy probable que no sea efectivo.

Los **elementos** de una entrevista basada en soluciones serian:

- “*Charlar sin problemas*”. Un problema se refiere a aquello de lo que la familia (o alguno de sus miembros), o nuestro paciente se queja. Ejemplos serian “que el niño se hace pis”; “que mi hija tiene rabietas”; o “que no conseguimos controlar la agresividad de nuestro hijo”. Una charla sin problemas es una conversación bi-direccional con un paciente que puede ser sobre trabajo, familia y amigos, intereses, tiempo libre, etc. Los terapeutas podrían decir algo sobre ellos mismos relacionado con el tópic de la

conversación. Se puede utilizar al principio de la sesión para establecer una conexión con el paciente, pero también para concentrarnos en áreas de la vida del paciente que funcionan bien, ilustrando que todavía mantiene un grado significativo de competencia.

- **“Excepciones”**. Definimos “excepciones” como todas aquellas ocasiones en las que el problema no se da, o en las que se produce un avance hacia la consecución de los objetivos. Una pregunta para abrir la discusión podría ser “Existen ocasiones cuando (el problema) no ocurre, o ocurre con menor frecuencia?”. A veces hará falta que seamos más específicos: “Existen ocasiones cuando tu hija te escucha?”, “Te has dado cuenta cuando Juan es capaz de jugar con otros niños sin pelearse?”. Aquí es muy importante que seamos conscientes de un lenguaje positivo “Explícame las cosas que funcionan?” en lugar de “Existen ocasiones cuando esto funciona?”. Si una excepción es sugerida, entonces podemos empezar preguntando sobre esa situación: “Qué es diferente cuando esto ocurre?”, “Qué hace que sea diferente?”, “Quién más está envuelto, o se ha dado cuenta de estas diferencias?”, “Como crees que podrías hacer que esto sucediese más a menudo?”, “Cómo explicas estas diferencias?”. Ejemplos de excepciones serían “las noches en las que la cama está seca”; “las ocasiones en las que la hija aceptó un ‘no’ de su madre”; o “las veces en que el hijo jugó tranquilo”.
- **“Objetivos” o “Metas”**. Es aquello que la familia quiere conseguir. Consideramos objetivos bien formados aquellos que están al alcance y se presentan en positivo (como la presencia de algo en lugar de la ausencia de algo), de forma concreta, conductual e interaccional (Beyebach, 1999). Un ejemplo sería que “seis de cada siete noches la cama esté seca”; “que en vez de tener rabietas mi hija pida las cosas por favor y que acepte un ‘no’”; o “que nuestro hijo juegue tranquilo durante al menos media hora seguida”. Un objetivo inmediato para una sesión se podría identificar con la primera pregunta: “Que te gustaría conseguir en esta sesión?”, “De que querrías hablar que te

hiciese sentir que el venirme a ver hoy ha valido la pena?”. Para identificar metas a largo plazo podríamos preguntar: “Cómo sabrás que el problema ya no es un problema?”. Las opiniones de gente importante en la vida de nuestro paciente son vitales, por ejemplo, podríamos preguntar: “Quién será el primero en darse cuenta que tu has evolucionado hacia tu meta?”, “Qué crees que verán?”, “Como se dará cuenta (tu pareja) que el problema de los celos se ha solucionado?”.

- *“Preguntas hipotéticas”*. Otra máxima de TCS es que a veces nuestros pacientes (y sus familias) no tiene una visión de un “vida sin el problema” (de Shazer, 1988). Así, una parte esencial de este modelo es la identificación de “a donde el paciente quiere llegar”, utilizando la “pregunta del milagro” (De Shazer, 1985, 1988, 1994; Wheeler, 1995): “Imagínate que al acabar de hablar conmigo, continuas el día como de costumbre, y que, después de ponerse el sol,... al irse haciendo tarde y oscuro, vas a la cama a dormir,... (PAUSA). Si esta noche, mientras duermes, algo maravilloso sucede, un autentico milagro, que consiste en que todos los problemas que te llevaron a buscar ayuda, como por arte de magia, desaparecen de golpe. Pero,... (PAUSA), esto sucede mientras tu, y el resto de la gente, estaban durmiendo... Al despertarte, y como no sabes lo que ha pasado durante la noche, cómo te darías cuenta de que el milagro ha sucedido? Cuales serian los primeros signos de que el milagro ha sucedido? (SILENCIO. PAUSA LARGA). Si la respuesta es “No lo sé”, la acción del terapeuta será “CALLAR”. Cuando obtenemos una respuesta podremos profundizar diciendo “Qué estarías haciendo cuando haya un signo de que el milagro ha sucedido?”, “Quien se daría cuenta de que el milagro ha sucedido?”, “Cómo sabrías que se han dado cuenta?”. “Quién?”, “Qué?”, “Dónde?”, o, “Cuándo?” serian otros aspectos a considerar, a la vez seguir preguntando “Qué más?, Qué más?”, y insistir en “Cómo se dará cuenta tu madre?”, “Y el perro?”,...

En un 90% de las ocasiones nuestros pacientes vienen con “partes del milagro” ya realizadas. Éstas, son excepciones a los problemas, y la TCS las utiliza como plataforma terapéutica. Otra manera de ayudar a nuestro paciente a transportarse al futuro sería pedir que imaginara que ha pasado un mes y que la situación es como a ellos les gustaría que fuera. A continuación le pediremos al paciente que nos describa lo que está ocurriendo y las diferentes etapas que se han tenido que cubrir para facilitar que las cosas estén como se han descrito. Otro ejemplo sería decir “Si el problema que te llevó a buscar ayuda se hubiera solucionado, y filmáramos un vídeo de tu vida sin tu problema, qué es lo que veríamos que estás haciendo?”. Si le costase empezar, le podríamos ayudar preguntando “Cuáles serían los primeros signos de progreso?”.

- “*Escalas*”. La siguiente etapa es trabajar con escalas, diciendo al paciente que “si el día del milagro él/ella se daría un 10, cuánto se pondría de puntuación el día que decidió que necesitaba ayuda?”. Después podríamos pasar a preguntar “Y hoy?”. Hemos encontrado que es útil el preguntar cual sería un nivel aceptable a aspirar en la escala, ya que no todo el mundo quiere llegar al 10, y podrían estar más que satisfechos con un 7. Entonces empezaremos a tomar detalles concretos de las diferencias entre, por ejemplo, un 4 y un 5 de puntuación. También hemos descubierto que ayuda preguntar “Qué probabilidad crees que hay de que puedas mantener tu comportamiento a 5”, seguido de “Qué crees que incrementaría tu confianza?”. Así, las escalas también se pueden utilizar para medir el grado de confianza de una persona/familia en el tratamiento: “En una escala de 1 a 10, donde 1 significa ninguna confianza y 10 una fe ciega, cual es tu nivel de confianza en que serás capaz de llevar a cabo lo que te he pedido que probaras?”, “Qué te ayudaría a sentirte más confiado en que es posible que te muevas al punto siguiente de la escala”.

- *"Tareas y Felicitaciones"*. Después de la sesión tomaremos un breve descanso, importante para estructurar el mensaje que vamos a dar a la familia al finalizar la sesión, y para poner 'énfasis y aumentar el nivel de atención del paciente y la familia. Así, al final de una sesión, el terapeuta ofrecerá al paciente o a la familia un mensaje que recogerá la esencia de la sesión, centrándose en los aspectos positivos, los puntos fuertes y virtudes (posiblemente no reconocidas) del paciente. Por ejemplo un silencio se puede reconstruir como un elogio al "ser un gran pensador". Finalmente se le/s ofrece otra visita y le proponemos el realizar un "experimento" (o tarea) entre las sesiones, que podría consistir en prestar atención a las cosas en su vida que ya están ocurriendo que querrían que sucediesen más a menudo. Otra posibilidad sería: "Durante la primera hora después de levantarte, y sin decirle a nadie lo que estas haciendo, simula que el milagro ya ha sucedido. Entonces, observa como tu madre (tu padre/tu hermana/tu mejor amigo/el loro) reacciona. Guarda 'este experimento en secreto y simplemente observa como la gente reacciona. Después, cuando nos volvamos a ver, me podrás decir lo que pasa entre hoy y la próxima vez que nos veamos". Al decir que el experimento va a ser difícil, hará que el niño/joven pongan más interés.

En este estadio es muy importante que seamos conscientes de las palabras que utilicemos, ya que, por ejemplo, no es lo mismo "estar deprimido", "tener depresión" o "ser depresivo", que "a veces sentirse deprimido". De manera paralela, no es lo mismo "ser esquizofrénico", que "a veces oír voces".

- *"Externalización"*. Esta técnica consiste en describir un problema como si 'este fuera algo externo a la persona, ayudando, por ejemplo, a los pacientes deprimidos que asumen que son personalmente responsables por las situaciones negativas o estresantes que viven. La externalización frecuentemente incluye el darle un nombre al

problema. Por ejemplo, un niño llamó a sus rabinets su “fantasma”. Así, las preguntas se orientaron a “Sabes como asustar ese fantasma?”. Esta técnica puede ayudar también a minimizar la tendencia del niño o de otra gente de ver a nuestro paciente como el problema.

Ocasionalmente, como respuesta a preguntas de este tipo, nuestro paciente (especialmente si es un adolescente) puede responder que para obtener lo que desea utiliza conductas auto-destructivas (abuso de drogas y/o alcohol, auto-mutilación, etc.). Siguiendo el modelo de la TCS, las preguntas irían dirigidas al efecto que nuestro paciente obtiene con la conducta auto-destructiva, en lugar de en los detalles del método autodestructivo: “De que manera de ayuda cuando tu (bebes, tomas drogas, te cortas, tomas una sobredosis, etc.)?”. Cuando el efecto deseado por nuestro paciente se ha explorado en detalle, volveremos a utilizar preguntas para identificar excepciones, para identificar otros momentos en los que el paciente obtiene el mismo efecto, pero sin utilizar la estrategia auto-destructiva de sobrevivencia. Por ejemplo al paciente se le podría preguntar: “Cuéntame de otras ocasiones en tu vida cuando tu (descripción del efecto) no (estrategia auto-destructiva)? Qué es diferente en estos casos?”. La descripción de periodos de excepciones puede ayudar al paciente a darse cuenta que existe una alternativa a las estrategias auto-destructivas.

### **Para finalizar...**

En la siguiente sesión terapéutica, podríamos empezar preguntando: “Así, qué es lo que ha mejorado?”. Si la respuesta es “Nada”, podríamos decir algo así como “De verdad?, En serio, qué es lo que ha mejorado, no importa si piensas que es poca cosa”. Si aun quieren hablar de que “las cosas han empeorado”, podríamos decir “Si, de acuerdo, hablaremos de eso dentro de un rato”. Si quisiéramos hablar de ello, lo mas razonable seria volver a

las escalas y comentar “De verdad, como te las has arreglado para que no te califiques como -3 (si el paciente ha dicho, por ejemplo, 0)”. En esencia estamos preguntando como se las ha arreglado el paciente para evitar que las cosas vayan peor. Si las cosas han funcionado, lo mejor seria sugerir que continuara/n haciendo un poco más de lo mismo, y podríamos intentar explorar, en profundidad y detalle, los diferentes aspectos de estos cambios positivos. Esta discusión generalmente se mueve alrededor de preguntas utilizando escalas: “Cual era tu puntuación en la escala en la ultima sesión?”, “Donde te situarías hoy en esa misma escala?”. Si ha habido una clara mejoría, podríamos utilizar una serie de preguntas como: “Qué es diferente?”, “Qué es lo que has hecho de manera diferente para conseguir realizar estos cambios?”, “Quien se habrá dado cuenta de estos cambios?”, “Qué habrán notado?”, “Qué crees que esto nos dice sobre ti/vosotros?”, “Qué nivel de confianza tienes que podrás mantener estos cambios?”.

Si no existe ningún progreso, es importante que nos replanteemos “Quien es el paciente?” y “Cual es el problema?”.

## Bibliografía

- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve basada en soluciones. En: Góngora, N., Fuertes, A. y Ugidos, T. (ed.) *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú.

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York and London: W.W. Norton & Co.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York and London: W.W. Norton & Co.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve: Una teoría de la solución*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York and London: W.W. Norton & Co.
- Erickson, M.H. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson*. (4 vols.) (E. Rossi, Ed.). New York: Irvington.
- Haley, J. (1976). *Problem Solving Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Rhodes, J., Ajmal, Y. (1995). *Solution Focused Thinking in Schools*. London: BT Press.
- Turner, S.M., Calhoun, K.S., Adams, H.E. (Eds.). (1981). *Handbook of clinical behavior therapy*. New York: John Wiley.
- Wheeler, J. (1995). Believing in miracles: the implications and possibilities of using solution-focused therapy in a child mental health setting. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 17(5), 255-261.