

La terapia sistémica breve como práctica integradora¹

Mark Beyebach

A lo largo de las dos últimas décadas ha ido en aumento el número de terapeutas² que se definen a sí mismos como “terapeutas sistémicos breves”. Se trata de profesionales que se manejan dentro de la tradición de terapia breve que se inició con Milton Erickson, continuó con la terapia breve centrada en los problemas, creada en el Mental Research Institute de Palo Alto (MRI) (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974) y con la terapia centrada en las soluciones (TCS) del Brief Family Therapy Center de Milwaukee (de Shazer, 1985, 1991, 1994; de Shazer *et al.*, 1986, 2007), y se prolongó con los desarrollos de Giorgio Nardone en Arezzo (Nardone y Salvini, 2011; Nardone y Watzlawick, 1990), pero sin limitarse a uno solo de estos enfoques. Muchos de estos profesionales incorporan, además, conceptos y prácticas de la terapia narrativa (TN) (White, 1995; White y Epston, 1989) y añaden técnicas procedentes de la hipnosis ericksoniana (Haley, 1973) o de la programación neurolingüística (PNL).

El objetivo de este capítulo es proporcionar un mapa conceptual para orientarnos como terapeutas sistémicos breves (“¿Qué es esto que hago?”) y situar referencias teóricas desde las que tomar decisiones clínicas (“¿Qué puedo hacer ahora?”). La idea no es delimitar un nuevo modelo ni definir una nueva “marca” de psicoterapia que ponga puertas arbitrarias al infinito campo terapéutico.

¹ Este capítulo es deudor del trabajo de muchos colegas y alumnos con los que he tenido la oportunidad de compartir, intervenir e investigar en los últimos años. Entre los primeros me gustaría reconocer especialmente a Marga Herrero de Vega y a Alberto Rodríguez Morejón. De hecho, las ideas expuestas en este trabajo son en buena medida una actualización de las que Alberto y yo planteamos a finales de los años noventa (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1999) y que he seguido elaborando en trabajos posteriores (Beyebach, 2009; Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

² Utilizaremos indistintamente los términos “el terapeuta” o “la terapeuta” por una parte, y “el consultante”, “la consultante” o “el o la usuario o usuaria”, por otra.

Pretendemos, por el contrario, aumentar la libertad y la flexibilidad de los terapeutas para que no se sientan constreñidos por una lealtad mal entendida a un único modelo, y puedan sentirse cómodos ante las aparentes disyuntivas con las que se encuentran en su quehacer cotidiano: soluciones *versus* problemas; “guiar desde atrás” *versus* provocar cambios activamente; normativismo *versus* no normativismo. El fin último de este capítulo, dedicado a clarificar planteamientos teóricos y procedimientos técnicos, es, paradójicamente, que sus lectores aumenten su flexibilidad terapéutica y se desentiendan en buena medida de todos los aspectos técnicos para centrarse en algo más relevante: la alianza terapéutica (Norcross, 2002) y los aportes de los propios consultantes (Beyebach y Herrero de Vega, 2006; Bohart y Tallman, 2010; Wampold, 2001).

En este sentido, nos parece importante subrayar que en estas páginas no pretendemos **prescribir** qué es o qué debería ser la terapia sistémica breve (TSB), sino simplemente **describir** una manera —la nuestra— de entenderla y practicarla, con la esperanza de que pueda entrar en diálogo fructífero con otras formas y estilos de trabajar sistémicamente en terapia breve.

¿QUÉ ES LA TSB?

Según señala García (2013), el término “terapia sistémica breve” aparece por primera vez en castellano en un artículo de Lola Pérez Grande publicado a principios de los años noventa (Pérez Grande, 1991), y se utilizó después con cierta asiduidad (Beyebach, 1993, 2006, 2009), hasta que dio título al libro del propio García (2013), así como a diversas asociaciones, cursos y formaciones de posgrado en Europa y Latinoamérica ([ver www.aetsb.org](http://www.aetsb.org); www2.udec.cl/afb; www.iesp.cat/pvf-cast.pdf).

A nuestro juicio, el término “terapia sistémica breve” se puede utilizar en dos sentidos. El primero, como un rótulo para agrupar a un conjunto de modelos descritos que se sitúan dentro de la terapia breve, a la que hemos hecho referencia más arriba. En este sentido, tanto una terapeuta ortodoxamente centrada en soluciones como un profesional puramente MRI o una seguidora de Giorgio Nardone serían “terapeutas sistémicas breves”. En una segunda acepción, es una forma de referirnos a prácticas integradoras que combinan, con uno u otro peso relativo, procedimientos centrados en soluciones, estratégicos y narrativos. En este capítulo hablaremos de TSB en este segundo sentido, en el que a nuestro entender encajan tanto nuestros propios planteamientos (Beyebach, 2006, 2009; Beyebach y Herrero de Vega, 2010; Beyebach y Rodríguez Morejón, 1999) como un amplio abanico de propuestas

integradoras: desde las formulaciones de Dykes y Neville (2000), Eron y Lund (1993), Geyerhofer y Komori (2004) o Saggese y Foley (2000) hasta la terapia estratégica centrada en soluciones propuesta por Ellen Quick (1996, 2008), la terapia familiar breve colaborativa basada en fortalezas, desarrollada por Matthew Selekman (Selekman, 1993; Selekman y Beyebach, 2013) o el abordaje familiar breve, manualizado en Chile por Nieves Schade y Patricio Torres (2007).

Probablemente cada uno de estos autores daría una respuesta diferente si les pidiéramos una definición de la TSB. Nosotros haremos una primera aproximación señalando que entendemos la TSB como la integración de los tres modelos terapéuticos a los que hemos hecho referencia más arriba: la TCS (de Shazer, 1991, 1994), que a nuestro entender constituye el “modelo base” o “modelo por defecto”; la terapia MRI (Fisch, Weakland y Segal, 1982), que en cierta manera es el anverso de la anterior, y la TN (White y Epston, 1989), considerada un complemento puntual para las dos anteriores. A nuestro juicio, esta combinación configura un enfoque terapéutico versátil e integrador, posiblemente superior a lo que aportan cada uno de sus elementos por separado.

Como señalamos en otro lugar (Beyebach, 2015), la integración de la TCS, la terapia MRI y la TN es viable desde tres perspectivas diferentes:

- Desde el punto de vista **epistemológico**, los tres enfoques son compatibles por que comparten una visión constructivista y construccionista de la terapia. Eso sí, cada uno de ellos reclama un referente epistemológico diferente: Heinz Von Foerster para la terapia MRI, Ludwig von Wittgenstein para la TCS y Michel Foucault para la TN. Además, los tres son deudores de las reflexiones sobre comunicación y relación desarrolladas por Gregory Bateson (1958) y asumen, por tanto, una visión contextual de los problemas y de su resolución.
- Desde el punto de vista de las **estrategias de intervención**, los tres integrantes de la TSB comparten su interés por la alianza terapéutica y por ajustarse a la posición de los consultantes, así como una apuesta decidida por el cambio y la brevedad de la intervención. En nuestra opinión, la fuerza de la TSB radica en que cada uno de estos tres modelos subraya estrategias diferentes pero complementarias para conseguirlo: la idea de bloquear patrones problemáticos, central en la terapia MRI, mantiene una relación dialéctica con la de potenciar patrones positivos que caracteriza a la TCS, y ambos planteamientos se ven enriquecidos por la conexión con los patrones biográficos y sociales más amplios que aporta la TN.

-
- Finalmente, en el nivel **técnico**, los tres modelos coinciden en que prestan una atención exquisita al lenguaje, entendido como principal herramienta de intervención.

Además, cada uno de ellos suplementa las posibles debilidades o insuficiencias técnicas de los otros dos. Así, el énfasis de TCS y MRI en establecer objetivos claros y cuantificables, que puede por momentos parecer excesivamente reduccionista, se ve compensado por la apertura a lo emocional de la TN. Por otro lado, la tendencia en la terapia MRI de centrar la conversación terapéutica sobre el presente se equilibra con la preferencia de la TCS por conversar sobre el futuro, y se ve enriquecida por la incorporación desde la TN de los elementos del pasado biográfico. Además, la relativa parquedad de las maniobras de validación y empatía en TCS y MRI puede complementarse con la validación expresa de historias de sufrimiento en la que son maestros los terapeutas narrativos.

En las próximas páginas ofreceremos una descripción más detallada de nuestra forma de entender la TSB. Empezaremos por describir la posición teórica que, entendemos, informa a cualquier terapeuta sistémico breve, para detallar después la lógica de nuestros propios procedimientos de intervención y terminar ofreciendo una descripción clínica de nuestra forma de integrar procedimientos diversos en un marco que es básicamente centrado en soluciones. Como se podrá comprobar en estas páginas, no consideramos la TSB una propuesta cerrada, sino más bien una base operativa abierta y flexible dentro de la que se pueden —e incluso se deben— integrar procedimientos originarios de otras fuentes, alejadas en muchos casos de la terapia breve o la terapia familiar sistémica, pero que han demostrado su utilidad para ayudar a nuestros consultantes a resolver sus problemas y alcanzar sus objetivos.

LA POSICIÓN DEL TERAPEUTA SISTÉMICO BREVE

Aunque en buena medida nuestra propia teorización e investigación se centran en los elementos técnicos de las terapias sistémicas breves, y en particular en el uso de diferentes tipos de preguntas y tareas (Beyebach, 2006, 2014), en los últimos años hemos llegado al convencimiento de que lo que mejor define un enfoque o un estilo terapéutico no son sus herramientas técnicas, sino la **posición** que adopta el terapeuta ante sus consultantes, es decir, los valores y presupuestos que informan su manera de interactuar con ellos, tal y como ya señalara Eve Lipchik en su momento (2002). De esta posición deriva determinada propuesta de relación y un conjunto variado de técnicas de intervención que,

de forma recursiva, refuerzan a su vez los valores y los supuestos de los que parte el profesional. Por eso, empezaremos nuestra caracterización de la TSB presentando brevemente los cinco ejes —interconectados y en interacción— que a nuestro juicio definen la posición de una terapeuta TSB.

Actitud de colaboración activa con los usuarios

La alianza terapéutica es central en cualquier psicoterapia, tal y como muestran centenares de investigaciones de proceso-resultado en psicoterapia (Norcross, 2002; Wampold, 2001), y lo es también para la TSB. En este enfoque entendemos la alianza terapéutica como una **relación de colaboración** en la que compete al profesional hacer el esfuerzo de escuchar atentamente a los consultantes para poder ajustarse a sus objetivos, preferencias y lenguaje. A nuestro entender, este esfuerzo de ajuste, de adaptarse a la idiosincrasia de cada consultante en particular, conlleva entre otras cosas renunciar a imponer un único modelo: tal vez el terapeuta sea muy centrado en soluciones en sus principios y formas habituales de actuación, pero si el cliente prefiere otro enfoque, lo más adecuado es adaptarse a ello en vez de tratar de forzarlo a plegarse al suyo. En este sentido, la actitud de colaboración nos parece una llamada a la humildad terapéutica, un excelente antídoto contra lo que Duncan, Hubble y Miller (2003) denominan la “contratransferencia teórica”, pero también un alegato contra el desempoderamiento de los usuarios al que pueden llevar las posiciones autoritarias y de pretendida superioridad de algunos profesionales.

Una actitud de colaboración implica también una apuesta por los recursos de nuestros interlocutores: verlos como personas con capacidades y fortalezas hace más fácil colaborar con ellos en igualdad y, a la inversa, apostar por una colaboración genuina es una forma de empoderar a los consultantes (o a los supervisados, o a otros colegas). De hecho, un estudio reciente que realizamos en la isla de Tenerife apunta a que esta posición colaborativa de “guiar desde atrás” (Cantwell y Holmes, 1994) tiene un impacto positivo incluso en los propios profesionales, a los que también empodera y protege del *burnout* (Medina y Beyebach, 2014a).

En segundo lugar, para conceptualizar la alianza terapéutica en entrevistas conjuntas (familiares, de pareja, grupales) nos parece muy útil el marco conceptual que proporcionan Friedlander, Escudero y Heatherington (2006) con su sistema de observación de la alianza terapéutica individual y familiar (SOATIF). Visto desde las cuatro dimensiones del SOATIF, es labor de la terapeuta promover su “conexión emocional” con los consultantes y el “enganche

de sus interlocutores en el proceso terapéutico” (dimensiones estas propias de cualquier psicoterapia individual), pero también el “sentido de propósito conjunto” y la “seguridad” en la conversación (dimensiones aplicables solamente a las sesiones conjuntas). Esto implica que la terapeuta no solamente se ajuste reactivamente a las peculiaridades de sus interlocutores, sino también que intervenga de forma activa para estructurar las conversaciones, para lograr que sean emocionalmente seguras y terapéuticas, y que maniobre para conseguir que la familia, la pareja o el grupo desarrollen ese sentido de compartir metas y objetivos.

Si la apuesta por la colaboración y por los recursos de los consultantes implica aceptar que el experto en su vida es el cliente (de Shazer, 1994), asumir la responsabilidad de dirigir y encauzar las entrevistas supone reconocer que el experto en la conducción de la entrevista debe ser la terapeuta. De la conjunción de estas dos perspectivas resulta la posición relacional de la terapeuta sistémica breve.

Santiago y Alba solicitaron terapia porque los celos que ella sentía ante las obligaciones sociales que conllevaba el trabajo de él estaban poniendo en serio peligro la relación, llevando a discusiones cada vez más acaloradas e incluso agresivas. No fue difícil conseguir un proyecto de trabajo conjunto, ya que ambos reconocieron que los celos de Alba eran infundados y se mostraron de acuerdo en trabajar para “recuperar la relación”. Sin embargo, como eran una pareja muy activa y habladora, no resultaba nada sencillo encauzar la conversación. Cuando les propuse que describieran cómo serían las cosas entre ellos cuando hubieran recuperado su relación, Alba y Santiago empezaron a interrumpirse para matizar y objetar los objetivos del otro. Cuando entendí que la conversación corría el peligro de descontrolarse y girar en torno al problema, les interrumpí con decisión: “Permitidme, por favor, que me gane mi sueldo y os interrumpa un poco. Volvamos al día después del ‘milagro’. ¿Cuál será la primera pequeña señal, Alba, de que confías más en Santiago?”

Visión constructivista y construccionista

Puesto que la epistemología constructivista se presenta de forma pormenorizada en casi cualquier texto sobre terapias sistémicas breves, no entraremos en descripciones, que serían redundantes. Sí nos gustaría subrayar que entendemos la premisa constructivista (la realidad es construida por cada persona a partir de sus peculiares condicionantes culturales, históricos, biográficos y

biológicos) y la premisa construccionista (la realidad social se co-construye en la interacción y la comunicación) como llamadas a la responsabilidad como terapeutas. En efecto, ambas nos invitan a examinar constantemente el impacto de nuestras propias construcciones y nos impiden tratarlas como “realidades objetivas”. No se tratará, pues, de que estemos, por ejemplo, ante una “pareja resistente” o ante un “padre poco colaborador”, sino más bien ante una pareja con la que no hemos conseguido generar un objetivo ilusionante, o con un padre con el que no estamos sabiendo conectar.

También nos importa poner en relación la mirada construccionista con dos principios centrales de la teoría sistémica: las propiedades de **equifinalidad** y de **equipotencialidad** de los sistemas abiertos (Bertalanffy, 1968). En otras palabras, la idea de que podemos llegar al mismo lugar partiendo de orígenes distintos, y terminar en lugares diferentes partiendo desde un mismo punto inicial. Por tanto, la conciencia de que no tiene sentido buscar “el (único) procedimiento correcto” o “la (única) terapia correcta” para una situación dada, sino que es preferible buscar qué forma de proceder encaja con un consultante particular y comprobar qué resultados genera, sabiendo —eso sí— que el éxito de cierto proceder no significa que sea el único posible. De nuevo, por tanto, una apuesta por la humildad terapéutica y un antídoto contra la arrogancia de los planteamientos excluyentes.

Sonia, una terapeuta en supervisión, tenía claro que para ayudar a Benjamín (7 años) a superar sus rabietas lo más importante era trabajar con los padres para que encontraran otras formas de reaccionar ante ellas. Por eso, tras una entrevista inicial con toda la familia, pasó a ver solo a los padres en las dos sesiones siguientes y consiguió identificar varias estrategias exitosas y también algunas cosas con las que los padres contribuían sin pretenderlo a empeorar el problema. Sin embargo, la situación no mejoró, en parte porque los padres no terminaban de aceptar que las entrevistas fueran con ellos. Sonia, que advirtió esta falta de enganche en el proceso terapéutico, cambió de línea: convocó a la siguiente entrevista a Benjamín y a sus padres, pero empezó hablando con Benjamín a solas y después compartió con los padres sus impresiones y valoraciones. A partir de ese momento los padres pudieron pasar a la acción y el problema se resolvió sin necesidad de nuevas sesiones.

Un corolario de la posición construccionista es que asumimos que influimos sobre nuestros interlocutores mediante nuestro uso del lenguaje. Aunque las paráfrasis y otros comentarios tienen gran importancia, nosotros subrayamos sobre todo el poder de las preguntas. En este sentido, asumimos el modelo

conceptual de Dan McGee (McGee, Del Vento y Bavelas, 2005), que analiza con detalle el efecto terapéutico e interventivo de las preguntas en sesión, en un análisis que continúa en cierta línea los planteamientos pioneros de los terapeutas del grupo de Milán (Tomm, 1987) y que ha dado pie a una interesante arista de investigación sobre los efectos del lenguaje (Bavelas, McGee, Phillips y Routledge, 2000; Healing y Bavelas, 2011; Neipp, Beyebach, Núñez y Martínez-González, en prensa.).

Mirada contextual

Reconociendo que hay muchas formas válidas de construir la realidad terapéutica, en TSB se prefiere poner los fenómenos en relación con su contexto interpersonal. De ahí el interés de las terapeutas sistémicas breves tanto por los “círculos viciosos” en que se encuentran sus consultantes, y que alimentan y mantienen los problemas (MRI), como por los “círculos virtuosos” que se generan cuando las personas implicadas consiguen identificar y repetir las excepciones e historias de éxito (TCS, TN). Sin desdeñar, por supuesto, los aspectos cognitivos y emocionales, los “diálogos con uno mismo” y los bucles recursivos en los que a menudo se engancha el pensamiento, una terapeuta sistémica breve tenderá a entender los problemas y a generar las soluciones fijándose también en lo que sucede entre las personas, en la relación entre los consultantes, y en la relación entre estos y su red social. En este sentido, las propuestas de la TN permiten introducir en la terapia también el marco social y cultural más amplio, por ejemplo, poniendo de relieve la conexión entre ciertos valores culturales machistas y la restricción en la comida de una muchacha, o entre un marco social basado en la competitividad extrema y el fracaso escolar de los alumnos más dispersos (Hinschaw y Scheffren, 2014).

Más allá de ayudar a leer la situación de los clientes, la mirada contextual supone también (y aquí tenemos un nuevo corolario del constructivismo) un examen reflexivo del propio contexto terapéutico. En otras palabras, invita a plantearnos cómo los terapeutas somos, en cada momento, parte del problema o parte de la solución, y en qué medida lo que vemos en los consultantes es una respuesta a nuestras propias actitudes y conductas. En este sentido, la TSB se sitúa en sintonía con la tradición sistémica y la cibernética de segundo orden (Foerster, 2009), a la par que conecta con las recientes investigaciones sobre la co-construcción momento a momento de diálogos terapéuticos (Bavelas *et al.*, 2000; McGee *et al.*, 2005).

A nuestro entender, la mirada contextual de la TSB es un buen antídoto contra la descontextualización de los problemas a la que se aboca en buena

medida el paradigma biologicista y psiquiatrizante, que pretende reducir los problemas humanos a la expresión de “trastornos mentales”, tal y como denuncian González Pardo y Pérez Álvarez (2007), pero también contra ese mismo efecto que a veces provoca, sin quererlo, la mirada ingenuamente “superficial” de los puristas de la TCS.

Un terapeuta en supervisión nos comentó que se encontraba atascado en un caso en el que estaba interviniendo. Se trataba de una familia en la que la hija adolescente provocaba a sus padres insultándoles y escupiéndoles, pero se quejaba también amargamente de que la tenían desatendida. Las cosas parecían haber mejorado algo tras la primera entrevista, pero llevaban ya tres o cuatro sesiones totalmente estancadas. Cuando revisamos qué cosas habían funcionado en terapia, el terapeuta recordó cómo en la primera sesión había apoyado más a la madre, a la que después empezó a percibir cada vez más como un obstáculo y como un problema en la familia. Reflexionando sobre este punto, el terapeuta reconoció que la mujer le generaba una cierta antipatía por su forma de hablar y también por su manera desaliñada de vestir. El grupo de supervisión le propuso ver a solas a la madre, como una forma de restablecer la alianza con ella; antes de verla debía hacer una lista de al menos cinco cualidades de su consultante, cinco cualidades que genuinamente valorase y percibiese en ella. Esta ampliación del foco para incluir en el análisis del caso a la persona del terapeuta y sus sentimientos permitió desatascar la situación.

La apuesta por el cambio

Si los tres elementos anteriores de la posición terapéutica se pueden poner en relación con los dos primeros vocablos del término TSB en lo que tienen de “terapia” y de “sistémica”, el cuarto se relaciona con el último adjetivo, “breve”. En efecto, como herederas de la tradición de terapia breve a la que venimos haciendo referencia, todas las terapias sistémicas breves comparten su interés prioritario por el cambio, por las batesonianas “diferencias que marcan una diferencia”. Esto implica que la TSB es, parafraseando a Duncan, Hubble y Miller (2003), no solamente un enfoque “dirigido por el cliente”, sino también una “terapia guiada por los resultados”. En otras palabras, está muy bien que en TSB se genere una buena alianza terapéutica, que se promueva una relación colaborativa en la que se valoren los recursos de los clientes y que se los analice en su contexto, pero nada de ello tiene valor si no sirve para que el consultante pueda cambiar, para que pueda lograr sus objetivos, para que supere o al menos maneje mejor sus problemas. Según nuestro parecer, esta posición prag-

mática es central en la postura de cualquier terapeuta sistémico breve y constituye una buena salvaguarda contra las posiciones a veces esteticistas y poco operativas de los planteamientos excesivamente dialógicos y constructivistas. Además, el empeño por el cambio conduce de manera casi natural a algo que se está planteando con insistencia desde la investigación en psicoterapia: la necesidad de recabar un *feedback* certero y constante sobre la evolución de los consultantes, que permita detectar cuándo un caso no está avanzando y actuar en consecuencia (Lambert, 2010).

Asier, un hombre de unos treinta años, pidió ayuda por la “desesperación” a la que le habían llevado sus fracasos sentimentales y laborales, motivados en buena medida por el abuso de alcohol en el que incurría desde la adolescencia. Había tomado la decisión de pedir ayuda tras una noche de excesos en la que había terminado detenido por la policía y con la nariz rota, pero inicialmente no quería dejar la bebida. Las primeras sesiones sirvieron para crear una excelente alianza terapéutica y también para que Asier pudiera reconstruir la historia de su fracaso escolar, ligado en buena medida al maltrato que había sufrido por parte de un profesor violento. Sin embargo, se mantenían algunas borracheras ocasionales, con episodios realmente peligrosos, y eso a su vez le llevaba a sentirse deprimido y estancado. Ante esta falta de avances, empezamos a planificar en detalle cómo podía Asier superar su dependencia del alcohol. Asier primero optó por consumir bebida en forma controlada, pero unas semanas más tarde, al constatar sus dificultades para controlarse, apostó por la abstinencia absoluta. Una vez conseguida, la situación se desatascó y empezó a haber avances notables en todos los objetivos.

Simplicidad

Según nuestro entender un último elemento caracteriza la posición de los terapeutas sistémicos breves: la apuesta por la simplicidad. En otras palabras, seguir el imperativo de Ockham y tratar de mantener siempre el nivel más parsimonioso de hipotetización y más simple de intervención. Este esfuerzo por **leer las líneas** en vez de **leer entre líneas** (de Shazer, 1994) constituye el contrapeso ideal para evitar la complicación excesiva que puede generar la visión contextual enunciada más arriba; es un contrapeso, por tanto, a la tendencia sistémica a generar hipótesis excesivamente complejas y muchas veces paralizantes. La apuesta por “leer las líneas” facilita la cooperación en la medida en que evita que el terapeuta se permita interpretar lo que “realmente” quiere el cliente, y refuerza por tanto el principio de humildad mencionado más arriba. Por otra parte, el imperativo de la simplicidad funciona como un

metapprincipio que se puede aplicar a cualquiera de las cuatro premisas teóricas enunciadas anteriormente: se trata de colaborar de la forma más simple posible, de optar por las construcciones más parsimoniosas, de ampliar el foco al contexto imprescindible para generar cambios, de generar los cambios mínimos que sean relevantes para el sistema implicado, etcétera.

Elena y Ernesto acudieron a consulta preocupados por las conductas agresivas de su hijo Samuel, de 17 años. En la entrevista parecían muy distanciados y en sus respuestas a la Pregunta Milagro aparecía de forma recurrente que ellos estarían mejor como pareja cuando el problema de su hijo estuviera encauzado. Sin embargo, cuando les pregunté por su relación de pareja, contestaron que no era algo que quisieran abordar en terapia, así que centramos el trabajo en su demanda. De hecho, las cosas con Rodrigo fueron mejorando y dimos por cerrada la intervención en la quinta sesión. Un año más tarde, antes de que tuviéramos tiempo de hacer el seguimiento habitual, Elena y Ernesto volvieron a llamar al centro. Contaron que la situación con Samuel había mejorado muchísimo y que ahora sí querían tener unas sesiones “para el tema del matrimonio”.

EL PROCESO TERAPÉUTICO EN TSB

¿Cómo es el proceso terapéutico en el que traducimos la posición terapéutica que describimos en el apartado anterior? Lo abordaremos desde dos puntos de vista. En primer lugar, completando y matizando el “mapa central” propuesto por los autores de la TCS (de Shazer, 1991) y en segundo lugar, relatando someramente cómo suelen transcurrir la primera entrevista y las posteriores en TSB.

Ampliar el “mapa central”

El “mapa central” formulado por de Shazer (1991), que describe muy bien la toma de decisiones en TCS, la expone en forma de tres principios:

- ✓ Si no está roto, no quieras arreglarlo
- ✓ Si funciona, hazlo más
- ✓ Si no funciona, deja de hacerlo y haz algo diferente

Estos tres enunciados son muy útiles y expresan perfectamente la apuesta por la simplicidad de la que hablábamos arriba. Sin embargo, desde un planteamiento de TSB nos permitimos añadir algunos matices.

En cuanto al primer principio, que traduce la idea no normativa de que solo hay problema terapéutico si alguien se queja (Fisch y Schlanger, 2000), nos parece una buena manera de respetar los valores de los clientes y de fomentar la colaboración con ellos. Sin embargo, también nos parece que aplicarlo a rajatabla deja poco margen de acción en aquellos casos en los que el consultante está involucrado en conductas dañinas o peligrosas que no considera problemáticas: el hombre que bebe un par de botellas de vino al día; la muchacha que solo come lechuga y manzanas porque quiere mantenerse delgada; la persona que pasa horas asegurándose de que ha cerrado las puertas o fregado bien los suelos. En estas situaciones, con consultantes muy limitados por sus problemas pero que se posicionan como “visitantes” (de Shazer, 1991), nos parece legítimo tratar de generar una motivación de cambio que incluya crear una conciencia de problema.

Como veremos en un ejemplo clínico más abajo, es muy útil externalizar el problema y revisar de qué forma está afectando a la vida de la persona y a sus relaciones. Por ejemplo, es posible que el hombre que lleva años consumiendo cocaína necesite, para decidirse a cambiar, tener una conversación sobre cómo la droga le está afectando a él y a sus seres queridos, y sobre cómo mejoraría su vida si redujera el consumo o renunciara a él. Quizás la joven que ha aprendido a cortarse con una cuchilla como una forma de manejar sus momentos de angustia necesite revisar de qué manera los cortes han dejado de ser sus aliados, y solo entonces se decidirá a luchar contra ellos.

El segundo enunciado es oportuno para no perder de vista los recursos y los aciertos de los consultantes, y para no complicar nuestra intervención sin necesidad. Eso sí, “hacer más lo que funciona” no está reñido con aumentar el impacto de nuestra comunicación terapéutica o la novedad de nuestras propuestas, y aquí pueden tener su papel los recursos narrativos y también artísticos (Selekman, 1993; Selekman y Beyebach, 2013), los experimentos en sesión, los rituales y en general las sugerencias sorprendentes. Además, concentrarse en concretar las conductas en términos observables —tal y como dictan los postulados estratégicos y centrados en soluciones— no debería estar reñido con aumentar la trascendencia de la conversación terapéutica incluyendo en ella los valores y la emociones que estas acciones evocan.

Finalmente, como se verá en el siguiente apartado, suscribimos plenamente el tercer aserto del mapa central: es fundamental que tanto usuarios como terapeutas hagan algo distinto cuando las cosas no funcionan. Sin embargo, en ese caso no nos limitamos a proponer alguna sugerencia de interrupción de

la secuencia problema, como planteaba de Shazer (1991), sino que nos parece que “hacer algo distinto” puede incluir todo tipo de intervenciones y propuestas, tanto desde dentro como desde fuera del terreno de la terapia breve, siempre que sean lo suficientemente distintas como para generar una diferencia terapéutica.

La primera sesión en TSB³

Tras explicar el contexto de trabajo, comenzamos la primera entrevista con una fase social en la que nos interesamos por las circunstancias de nuestros interlocutores, por sus aficiones y por sus recursos. Si el tiempo disponible lo permite,⁴ nos gusta alargar este inicio incluso hasta los 5 o 10 minutos, ya que esta conversación no solamente permite crear un clima positivo en la sesión, sino que también nos da pistas sobre los recursos de la familia (o de la persona o pareja) y también claves sobre el mapa de relaciones.

A continuación preguntamos qué esperan los consultantes de la terapia (“¿Qué les gustaría llevarse de esta sesión, o de las sesiones que podamos tener, para pensar que ha sido útil venir?”) y a partir de allí negociamos un proyecto conjunto de trabajo, que incluye la demanda (qué quieren conseguir los consultantes y qué papel jugamos nosotros en ello), y al menos dos o tres indicadores conductuales de éxito. Además, revisamos brevemente los intentos terapéuticos anteriores que haya podido haber y tratamos de entender qué otros profesionales están implicados y de qué manera. A diferencia de los autores puramente centrados en soluciones, en esta parte de la conversación tratamos de entender en qué consiste el problema y aprovechamos también de identificar las posibles soluciones ineficaces que lo mantienen. De todas formas, tratamos de no alargar esta parte de la conversación saturada de problema.

Tener un proyecto de trabajo claro nos permite avanzar en la entrevista. En ese caso son dos las opciones más habituales: hacemos una detallada proyección al futuro (habitualmente la Pregunta Milagro), o bien, trabajamos sobre las mejorías que se han producido antes de la sesión, los Cambios Pretratamiento. Nos inclinamos por la segunda opción cuando en la conver-

³ Nos limitamos aquí a esbozar una presentación esquemática de lo que sería una primera sesión prototípica en TSB, subrayando las diferencias con una sesión de TCS ortodoxa. El lector interesado en profundizar en las diferentes técnicas que se mencionan puede encontrar una descripción detallada en Beyebach (2006), y numerosos ejemplos y transcripciones de entrevistas en Selekmán y Beyebach (2013).

⁴ En nuestro contexto, reservamos una hora para la primera sesión si es una entrevista individual. Si es familiar o de pareja, tratamos en lo posible de disponer de una hora y media. De todos modos, es posible trabajar con sesiones más breves.

sación sobre la demanda ha aparecido algún indicador de mejorías y por la primera cuando percibimos la necesidad de aumentar la motivación de los consultantes o cuando la parte anterior se ha saturado excesivamente de problemas y queremos dar un giro esperanzador a la sesión. Si el tiempo lo permite, hacemos ambas preguntas.

Para cerrar la sesión solemos plantear una Escala de Avance, invitando a nuestros interlocutores a que valoren la situación entre 10 (el “Milagro” o la superación del problema) y 1 (cuando peor ha estado). Las puntuaciones que nos den nos ofrecerán una segunda oportunidad de conversar sobre mejorías (“Ajá, ves las cosas en un 4. ¿Qué entra en ese 4? ¿Qué cosas van mejor que cuando estabas en un 1?”), negociar metas intermedias (“¿Cuál sería para ti la primera señal de que estás ya en un 5?”) y definir posibles pasos para conseguir las (“¿Qué podrías hacer para subir ese punto más?”).

Tras hacer una breve pausa para reflexionar, cerramos la sesión siempre con elogios, y a menudo también con lo que hasta hace poco nos gustaba denominar “tareas” (Beyebach y Herrero de Vega, 2010), que ahora preferimos denominar “sugerencias”, “propuestas” o “experimentos”.⁵ Si la conversación centrada en soluciones ha dado frutos, aprovechamos de proponer algo relacionado con lo hablado, como que los consultantes hagan todos los días el experimento de simular alguna pequeña parte del Milagro que han descrito; que se fijen en qué momentos están un punto más arriba en la escala; o simplemente que sigan haciendo aquello que han comprobado que les da buen resultado. En el mejor de los casos, los consultantes habrán conseguido, en la parte final de la entrevista, formular un plan de actuación para subir un punto más, y podremos limitarnos a animarles a llevarlo a cabo. Si no hay posibles sugerencias centradas en soluciones, proponemos alguna intervención que altere el patrón de la queja o de preparar una intervención que bloquee las soluciones intentadas ineficaces. Como veremos en el apartado siguiente, es posible que a estas sugerencias añadamos alguna propuesta relacionada con el tipo de problema o de presentación clínica que nos hayamos encontrado. Para una visión más completa del abanico de posibles propuestas que empleamos, remitimos a nuestro texto monográfico sobre el tema (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

⁵ El término “tarea” o “prescripciones” tiene una larga tradición en el campo de las terapias breves, pero nos parece que genera algunas connotaciones poco deseables: en nuestro contexto cultural, las tareas (por analogía a las tareas escolares) se “ponen” o incluso se “mandan”, algo que no encaja con la posición que nos gusta asumir en TSB.

Las sesiones posteriores a la primera

Mientras mantenemos un enfoque básicamente centrado en soluciones y/o narrativo, empezamos las sesiones siguientes preguntando qué va mejor, para a partir de ahí ampliar las mejorías y atribuir control (Beyebach, 2006), o bien, deconstruir el informe inicial de no mejoría (Sánchez Prada y Beyebach, 2014). Una vez trabajadas las mejorías, lo más habitual es usar otra vez Escalas de Avance y negociar nuevos pasos que acerquen a los consultantes a sus objetivos. Como veremos más abajo, y a diferencia de la terapia puramente centrada en soluciones, ante cualquier mejoría significativa solemos iniciar un trabajo de prevención de recaídas más o menos intenso, en función de las circunstancias del caso. Si no conseguimos que los usuarios refieran mejorías, es probable que empecemos a cambiar ligeramente la línea de conversación utilizando preguntas de afrontamiento o incluso la secuencia pesimista descrita por Selekman (1993).

Cuando la terapia está siguiendo una línea más estratégica, el comienzo de las entrevistas suele ser más neutro, con un “¿cómo siguen las cosas?” en vez de “¿qué va mejor?”, especialmente si hemos hecho alguna prescripción paradójica. En cualquier caso, en cuanto hay mejorías volvemos a un planteamiento básicamente centrado en soluciones para empoderar a los consultantes y ayudarles a consolidar los cambios.

A medida que se van produciendo mejorías terapéuticas solemos ir aumentando el tiempo entre sesiones, de forma que dejemos tres, cuatro o incluso cinco semanas entre una y otra. El momento de cerrar la terapia habrá llegado cuando los consultantes hayan alcanzado sus objetivos y consideren que ya han mejorado lo suficiente.

DE LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES A LA TERAPIA SISTÉMICA BREVE: LA TSB COMO PRÁCTICA INTEGRADORA

En nuestra forma de entender la terapia sistémica breve, la posición de partida suele ser el planteamiento centrado en soluciones, que consideramos el abordaje más simple y que además ha demostrado conseguir excelentes resultados en situaciones clínicas muy diversas (Franklin, Trepper, Gingerich y McCollum, 2011; Gingerich y Peterson, 2013). Si el enfoque encaja bien con la posición de los consultantes y estos van mejorando y logrando sus objetivos, no será necesario hacer nada más. Es posible que utilicemos un lenguaje externalizador (TN) en algún momento de la conversación, y que aunque hablemos sobre todo de los logros de nuestros consultantes, nos fijemos tam-

bién en qué intentos de solución son ineficaces o contraproducentes (MRI), pero básicamente la terapia girará en torno a las mejoras ya producidas y cómo se consiguieron, para centrarse después en cuáles serían las señales de nuevos avances y cómo conseguirlos.

Ahora bien, contar en la intervención solamente con un enfoque centrado en soluciones puede plantear diversos problemas. En primer lugar, hay que reconocer que aunque un terapeuta se defina como “centrado en soluciones” es casi inevitable que se encuentre con personas que no sean “clientes centrados en soluciones”. En otras palabras, hay personas cuyas preferencias y expectativas no encajan con un planteamiento puramente centrado en soluciones. Y, tal y como han puesto de manifiesto decenas de investigaciones, las preferencias de los clientes —en concreto como estas encajan con el tratamiento que se les ofrece— son un factor decisivo para el éxito de la terapia, más importante incluso que la eficacia del tratamiento en cuestión (para una aguda revisión, ver Wampold, 2001). Por eso, pretender aplicar la TCS a todos los consultantes por igual, con independencia de sus expectativas, no solo supone empeñarse en ajustar al cliente al proverbial lecho de Procusto (Duncan *et al.*, 2003) y reducir la posibilidades de éxito de la intervención, sino que además es muy poco “centrado en soluciones”.

En segundo lugar, aun cuando el abordaje centrado en soluciones encaje bien con los valores y las preferencias de los consultantes, no siempre es suficiente para ayudarles a resolver sus problemas y alcanzar sus objetivos. En ese sentido, conviene tener en cuenta que, aunque la efectividad de la TCS ha sido contrastada en más de medio centenar de estudios controlados (Gingerich y Peterson, 2013; Franklin *et al.*, 2011), la evidencia empírica sobre el enfoque sigue siendo inconsistente. Por un lado, por la escasez de replicaciones de los estudios; por otro, porque los tamaños de efecto que se han encontrado en los metaanálisis realizados hasta la fecha (Kim, 2008; Stams, Dekovic, Bruist y De Vriest, 2006) son más bien modestos, es posible pensar que la TCS es un enfoque de amplio espectro, aplicable en contextos diversos, pero que su potencia no siempre es suficiente. Por eso nos parece importante atender en cada sesión al *feedback* que recibimos de los clientes y estar dispuestos a cambiar nuestra línea de trabajo si con un enfoque puramente TCS no conseguimos avances. Según los resultados obtenidos por Marga Herrero (2007) en su tesis doctoral sobre una muestra de casos tratados con TCS, si ante un caso atascado la terapeuta se empeña en seguir trabajando en la línea centrada en soluciones inicial, lo más probable es que siga sin haber avances. Por el contrario, un cambio de línea propicia el desatascado del caso.

Finalmente, consideramos que cualquier planteamiento terapéutico debe siempre ser susceptible de mejora sobre la base de la evidencia científica que se va generando tanto dentro como fuera de los límites del enfoque o modelo en el que se sitúa, y en su defecto, sobre la base de la experiencia clínica acumulada. Hay algunas situaciones y tipos de problemas para los que parece sensato incorporar algunas técnicas, como la prevención de recaídas, cuya utilidad está empíricamente bien establecida.

Dedicaremos las siguientes páginas a analizar con calma cómo la TSB, entendida como un enfoque integrador que va más allá de un planteamiento ortodoxo centrado en soluciones, permite responder a estos tres tipos de circunstancias. Empezaremos hablando, pues, de la TSB como una práctica integradora para mejorar el ajuste con los consultantes, para pasar a describir la TSB como una forma de mejorar el resultado terapéutico cuando la TCS no consigue avances, y terminar mostrando cómo la TSB permite también integrar desde un principio procedimientos específicos en función de las circunstancias del caso.

TSB centrada en el consultante

A veces, desde la primera sesión empleamos procedimientos terapéuticos que no son centrados en soluciones porque entendemos que así nos ajustamos mejor a la postura de nuestros consultantes. En esas ocasiones negociamos el contrato terapéutico, trabajamos los objetivos, usamos escalas, etcétera, de forma centrada en las soluciones, pero añadimos también otros elementos que permiten adaptarnos a las preferencias de los consultantes.

Aunque esta posibilidad puede darse en cualquier tipo de casos, hay tres conjuntos de situaciones en los que es más probable que nos apartemos de la línea centrada en las soluciones:

1. En ocasiones los consultantes piden claramente que les demos “consejo experto”. No quieren que les ayudemos a que **ellos** averigüen qué hacer (que sería el planteamiento centrado en las soluciones), sino que quieren que se lo digamos **nosotros**. Aunque esta situación es bastante común debido a la omnipresencia en nuestra cultura del modelo médico, en la mayoría de los casos somos capaces de renegociar el contrato terapéutico y evitamos así ponernos en la posición de “consejero experto”. En ocasiones, sin embargo, la única forma que encontramos de cooperar con nuestros consultantes es precisamente aceptando el papel que desean que juguemos. Entonces es probable que recurramos a procedimientos no centrados en soluciones,

como la psicoeducación o la propuesta de técnicas de modificación de conducta. Además, si eso es lo que piden los consultantes, puede ser interesante organizar el procedimiento en cuestión en forma de un “programa”. Veámoslo en un ejemplo de caso:

Jesús, de 15 años, y su madre Rebeca, vinieron a vernos porque Jesús estaba teniendo muy malos resultados en el colegio, lo que creaba una gran tensión entre el chico y sus padres. Tanto él como su madre nos pedían ayuda para cambiar esta situación. Rebeca quería orientación sobre cómo manejar a su hijo, y Jesús quería que le enseñáramos algunas técnicas de estudio que le ayudasen a concentrarse más y rendir mejor en sus exámenes.

La Pregunta Milagro nos ayudó clarificar qué pensaba Jesús acerca de cómo podía ayudarle su madre: que en vez de estar constantemente encima de él, se mantuviera a cierta distancia y le ofreciera ayuda solo cuando él la solicitase; también que dejase de ir a hablar todos los meses con sus profesores, puesto que eso le avergonzaba ante sus compañeros. Por tanto, en este tema no tuvimos que adoptar la posición de expertos, ya que la familia se había “aconsejado a sí misma” (con ayuda de la conversación mantenida con nosotros, eso sí).

En cuanto a las “técnicas de estudio” que solicitaba Jesús, la negociación de objetivos y la discusión de las excepciones no consiguió diseñar una buena “receta”; de hecho, se hizo evidente que tanto Jesús como Rebeca querían que nosotros le explicáramos cuál era la “forma correcta” de concentrarse y preparar sus exámenes con más eficacia. En vista de ello, decidimos concertar una entrevista de Jesús con otro miembro del equipo que tenía experiencia en temas de orientación escolar y que efectivamente orientó a Jesús y le propuso un “programa” para entrenar sus habilidades de estudio. De nuevo, en las sesiones conjuntas volvimos a la línea centrada en las soluciones y comentamos qué efecto estaban teniendo las nuevas técnicas de estudio, qué estaba ayudando más, cómo estaba reaccionando la madre, etcétera.

Otra razón para asumir una posición más directiva se da cuando nuestros clientes están confusos y piden *claridad* “desde fuera”. De nuevo, sería posible trabajar centrado en soluciones ayudándoles a clarificar sus sentimientos (Lipchik, 2002) y sus objetivos, a aclarar cómo les gustaría actuar, etcétera, pero si la situación es realmente caótica compensa más que proporcionemos algo de claridad nosotros, tal y como se ilustra en el siguiente caso:

Jaime y Elena, de 43 y 39 años, acudieron a consulta pidiendo consejo acerca de cómo comunicar a sus hijos, de 6 y 10 años de edad, su decisión de divorciarse. Exploramos sus ideas utilizando algunas preguntas centradas en las soluciones: “¿Cuál sería para vosotros el mejor resultado posible de esta conversación con vuestros hijos?”. “¿Cómo os gustaría que fuera esa conversación?”. “En el pasado, cuando habéis tenido que decirles algo difícil, ¿cómo lo habéis hecho?”. Jaime y Elena tuvieron muchas dificultades para contestar a estas preguntas. Tenían demasiadas dudas y temores, y querían que les diéramos unas directrices claras sobre cómo hacer las cosas. Así que hice una pausa y consulté con el equipo. Decidimos explicar a los padres algunas ideas sobre cómo comunicar a los hijos este tipo de decisión (Godoy Fernández y Fernández Ros, 2002). Además, le dimos a cada uno una hojita en la que se recogían estas ideas, y discutimos con ellos cómo llevarlas a cabo. Jaime y Elena volvieron a la sesión siguiente informando que las cosas habían ido bien y que sus hijos habían aceptado la situación con una tranquilidad sorprendente. Tuvimos algunas sesiones más con la familia para ayudarles a adaptarse a la nueva situación.

2. Una experiencia que suelen tener los terapeutas centrados en soluciones es que con frecuencia al comienzo de la terapia los consultantes parecen más interesados en discutir los detalles de sus problemas que en explorar objetivos o excepciones. De ahí que la construcción de una conversación centrada en las soluciones requiera por parte del terapeuta una buena dosis de habilidad técnica, autodisciplina y persistencia (de Shazer, 1994) para ir redirigiendo la conversación hacia las soluciones (Connie, 2013). Para facilitar este proceso es conveniente ir adaptando nuestro lenguaje al de los clientes. Así, con consultantes que tienen una visión muy negativa de su situación, es probable que utilicemos términos más cautelosos (“veo que las cosas van **un poquito menos mal**”, frente a “veo que van **mejor**”), preguntas de escalas negativas (de “-10 a 0” en vez de “1 a 10”) y adoptemos una actitud en general algo más pesimista.

Sin embargo, en ocasiones el esfuerzo de reencauzar la conversación centrándola en soluciones no es productivo y genera dificultades en la relación terapéutica. Esto es relativamente común con personas han sido víctimas de abusos o violencia, pues pretender centrar la conversación solamente en las soluciones puede ser percibido como una deslegitimación del sufrimiento o de la injusticia padecidos. En otras ocasiones, se trata simplemente de que entre las expectativas que el consultante tiene acerca de la terapia está el contarnos de forma pormenorizada la historia de sus dificultades. En esos

casos, la insistencia del terapeuta en mantener una perspectiva centrada en las soluciones repercute negativamente sobre el elemento “enganche en el proceso” de la relación terapéutica (siguiendo el esquema del SOATIF, Friedlander *et al.*, 2006) y disminuye el ajuste. Por eso, preferimos hacer un esfuerzo especial por respetar la historia de los clientes y escucharla atentamente. Eso sí, tratamos de hacer una “escucha centrada en las soluciones”, en la que remarcamos los aspectos positivos del relato del cliente y cualquier recurso que pueda emerger, o bien, aprovechamos de externalizar el problema (White y Epston, 1989) o de detectar las posibles soluciones ineficaces (Fisch *et al.*, 1982).

Pedro era en cierta manera un cliente especial. Estaba en el último año de sus estudios de Psicología y tenía una idea formada de lo que implicaba una “buena terapia”: proporcionar un relato pormenorizado de la historia del problema e información precisa sobre las circunstancias en que se daba, con el fin de que su terapeuta pudiera evaluar adecuadamente y diseñar la intervención terapéutica “correcta”. De modo que cuando le pregunté en nuestra primera entrevista cuál sería la mejor forma de ayudarlo, me explicó que quería superar sus ataques de pánico, y que para ello me había preparado un informe detallado de cuáles habían sido los principales hitos en la evolución de su problemática. Quería que escuchara su informe y que luego pensáramos en posibles soluciones. Decidí seguir su consejo, y pasé toda la primera entrevista escuchando la historia de la evolución de su problema. En el mensaje final, el equipo y yo le elogiamos por la perspicacia de sus observaciones y por su capacidad de introspección y autoobservación, y le propusimos que se fijara en qué cosas de su vida le gustaría mantener (Tarea de fórmula de primera sesión, de Shazer, 1985).

En la segunda sesión nos pareció que ya podíamos volver al lenguaje de las soluciones. Comencé la entrevista de la forma habitual, preguntando qué cosas iban mejor, y trabajamos en esta línea el resto de la entrevista. Las demás sesiones se mantuvieron sencillas, centradas en las soluciones y fue fácil apoyarse en Pedro como en un coterapeuta que podía usar sus conocimientos de psicología para “curarse a sí mismo”. En la sexta sesión decidimos terminar la terapia, puesto que Pedro ya no sufría ataques de pánico y consideraba que tenía controlada su ansiedad. A petición suya, tuvimos otras dos sesiones “de seguimiento” unos meses más tarde.

3. También puede suceder que los consultantes nos pidan explícitamente **entender** mejor sus problemas, saber por qué les están sucediendo o por qué

les han ocurrido. De nuevo, nuestra primera reacción suele ser tratar de redefinir la demanda para mantener un planteamiento centrado en las soluciones, pero si no lo conseguimos nos apartamos de la línea centrada en las soluciones para ajustarnos a nuestros consultantes. Una opción interesante es utilizar un abordaje más narrativo (White y Epston, 1989), con el que podamos hablar sobre valores, cualidades personales y significados en general. Otra posibilidad es dedicar la sesión a recoger información histórica sobre los problemas, para después ofrecer una o varias explicaciones plausibles de los mismos.

Cecilia, de 21 años, vino a terapia explicando que quería “ordenar las cosas” en su cabeza. En una época de su vida había tenido diversas experiencias que ella definía como “extrañas” (que incluían el consumo de droga ilegales, profundas desavenencias con sus amigos, el fallecimiento inesperado de un compañero de trabajo y la ruptura de la relación con su compañera sentimental), y aunque en el momento de iniciar la terapia había conseguido “volver a la normalidad”, quería entender lo que le había sucedido. Entonces, utilizamos un enfoque más narrativo, y exploramos los significados que para Cecilia habían tenido las diversas “experiencias extrañas” que había vivido, qué le decían acerca de sus puntos débiles y de sus fortalezas como persona, qué le habían hecho aprender de ella misma, cómo le habían ayudado a mejorar como persona, etcétera.

En todas estas situaciones podría argumentarse que en realidad no estamos integrando nada, ya que el trabajo sigue siendo centrado en soluciones, en la medida en que simplemente estamos cooperando con los clientes y trabajando desde su marco de referencia. Sin embargo, nos parece más útil conceptualizar estas prácticas (adoptar un estilo más directivo, escuchar más la historia del problema, trabajar más sobre las explicaciones) como distintas a la terapia centrada en las soluciones, ya que de lo contrario podríamos caer en el planteamiento —a nuestro juicio engañoso— de considerar que cualquier intervención respetuosa o simplemente cualquier buena terapia es “centrada en soluciones”.

TSB dirigida por resultados

El caso de Ernestina es un buen ejemplo de “integración secuencial”, es decir, la introducción de técnicas no centradas en soluciones cuando el modelo de base parece no estar funcionando, o cuando está funcionando demasiado despacio.

Ernestina, una mujer jubilada que se acercaba a los 70, nos pidió consulta por la angustia que sentía desde hacía tres años. Casada y con cuatro hijos ya emancipados, acudió a las sesiones con su marido Rafael. En la primera sesión nos explicaron que la angustia de Ernestina se había iniciado desde que en una casa vecina a su residencia de verano la dueña había comenzado a desatender a los perros que tenía. Ernestina reconocía que no se trataba de verdadero maltrato animal, pero se sentía incapaz de dejar de pensar a todas horas en cómo estarían los animales, si les estarían dando bien de comer, sacando de paseo, etc. De hecho, había dejado de acudir a la casita como forma de evitar la angustia, pero había pasado a atormentar a su marido con largos interrogatorios sobre cómo encontraba él a los animales en sus visitas a la casita de campo. El médico de cabecera la había derivado al neurólogo, por si la obsesividad tuviera alguna base orgánica, pero no había detectado ninguna anomalía.

Una vez entendido el problema, la mayor parte de la primera sesión se dedicó a detallar cómo serían las cosas si el problema se resolviera del todo (Pregunta Milagro) y a revisar los pasos que Ernestina y Rafael podían dar en esa dirección. Los consultantes salieron de la sesión muy motivados y, de hecho, en la segunda sesión empezó a haber claras mejorías. Sin embargo, la evolución positiva del caso se truncó cuando Ernestina se animó a pasar un fin de semana en su residencia de verano y se encontró con que la angustia por los animales de la vecina resurgía con fuerza. Puesto que por desgracia en este caso no habíamos trabajado la prevención de recaídas, la pareja se desanimó mucho con este revés.

Este estancamiento terapéutico nos llevó a trabajar las obsesiones de Ernestina en una línea más MRI: le propusimos que tratara de obsesionarse lo más posible con los perros durante cinco minutos exactos al comienzo de cada hora. Además, les hicimos la propuesta de que cuando Rafael volviera a casa tras sus visitas a la residencia de verano, decidiera al azar, lanzando una moneda al aire, si decía que los perros estaban bien o estaban mal (sugerencia de interferencia, Fisch et al., 1982).

Este giro estratégico empezó a dar sus frutos, aunque más lentamente de lo que habíamos anticipado. Así que añadimos un trabajo más narrativo y también más estructural, y empezamos a conversar con la pareja sobre qué podían hacer para “dejar las obsesiones en su lugar” y reanudar las tareas vitales con las que se enfrentaban en estos momentos de su vida: el disfrute de los nietos, la dedicación a sus antiguas aficiones y el cuidado mutuo. A partir de aquí las mejorías se ampliaron y consolidaron; Ernestina superó sus obsesiones y la pareja pudo volver a disfrutar de su casita de campo y de su vida en general.

En casos como el de Ernestina, cuando la estrategia centrada en las soluciones parece no funcionar, lo primero que hacemos es re-examinar los objetivos, preguntándonos y preguntando de nuevo a los clientes qué es lo que quieren. A veces este análisis nos lleva a modificar nuestra posición **dentro** del modelo centrado en las soluciones: tal vez nos demos cuenta de que hemos olvidado algo o a alguien, o de que debemos renegociar los objetivos, o de que simplemente estamos trabajando sobre los temas equivocados. Sin embargo, si el estancamiento se produce pese a tener un proyecto terapéutico compartido y unos objetivos concretos y alcanzables, optamos por integrar alguna técnica diferente. En el caso del ejemplo diseñamos una estrategia de inversión de las soluciones intentadas ineficaces (“giro de 180 grados”, Fisch et al., 1982).

Habitualmente, en ese punto barajamos diversos procedimientos terapéuticos que nos parecen compatibles con las premisas básicas de la TSB. Nos limitaremos aquí a enunciarlos brevemente, empezando por los más sencillos (los tres primeros suponen simplemente pasar a una línea más MRI o más de TN) y terminando con los más complejos.

- **Pequeñas modificaciones del patrón de la queja** (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990; De Shazer, 1982). Habitualmente implican introducir algún pequeño cambio en la intensidad, frecuencia, duración, orden, lugar u otras características de uno o varios elementos de la secuencia problema. Tal vez pidamos a una pareja que hable de un tema conflictivo, pero en una iglesia (lo que les obligará a mantener un tono de voz bajo) o justo después de hacer el amor. O tal vez animemos a un niño a que proteste, pero cantando en vez de chillando.
- **Externalización del problema** (White, 1995; White y Epston, 1989). Permite “sacar fuera” el problema y ayudar a los consultantes a luchar contra él. A veces unimos a la familia para que se enfrente junta a la “caca traicionera”. O ayudamos a una mujer a identificar las “sucias maniobras” y las “trampas” que le tiende “la bulimia insufrible”.
- **Interrumpir las soluciones intentadas ineficaces mantenedoras del problema.** Habitualmente implica un cambio radical del patrón interaccional (Fisch *et al.*, 1982; Shoham y Rohrbaugh, 1997), como vimos recién en el caso del ejemplo.
- **Intervenciones psicoeducativas.** En ellas se informa de forma didáctica y estructurada, para proporcionar un marco cognitivo que ayude a redefinir y modificar las interacciones en torno al problema. Así, puede ser útil que una mujer entienda que el aparente desinterés sexual de su marido es un

síntoma más de su depresión (y no una muestra de rechazo). O que los padres puedan ver la hostilidad de su hija como una consecuencia de su consumo de drogas, y no como “algo personal” contra ellos. O que un chico que acaba de develar su homosexualidad entienda que sus padres también necesitan un tiempo para elaborar y aceptar su orientación sexual.

- **Intervenciones estructurales** (Haley, 1976; Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981). Se encaminan a reorganizar el sistema familiar modificando los límites entre subsistemas, las alianzas entre personas o la posición jerárquica de diversos miembros de la familia.

El que importemos unas técnicas u otras depende, por supuesto, de las particulares circunstancias de cada caso y de la posición de nuestros clientes. También puede ser útil consultarles a ellos qué tipo de abordaje prefieren (Duncan, Hubble y Miller, 2003). En cualquier caso, y junto al *feedback* de los clientes, hay dos principios generales que orientan nuestra toma de decisiones:

– Fieles a la premisa de **simplicidad**, tratamos de mantener la intervención al mínimo nivel posible. Por ejemplo, si podemos producir un cambio suficiente mediante el bloqueo de las soluciones intentadas ineficaces no nos empeñaremos en reorganizar la estructura familiar. Además, tendemos a pasar de lo más simple a lo más complejo de forma *progresiva*. En general, solamente pasamos a una intervención más compleja cuando la más sencilla no funciona.

Este principio de simplicidad y secuenciación supone aplicar la “navaja de Ockham” también al trabajo clínico y traduce tanto nuestra confianza en la capacidad de los clientes de salir adelante con una ayuda mínima por nuestra parte como nuestra voluntad de no dejar huellas en su vida (Berg y Reuss, 1998). Otra razón para no complicar las cosas de entrada es que entendemos que cuanto más activa e “intervencionista” se vuelva nuestra posición, más difícil será atribuir luego los cambios a los consultantes.⁶

– Empleamos las intervenciones de tal modo que nos permitan **mantener una posición epistemológicamente coherente** en terapia. Por ejemplo, no tendría sentido para nosotros empezar haciendo terapia centrada en las soluciones (un modelo constructivista y no normativo, en el que el terapeuta trata de mantener una posición de no experto) y pasar después a una línea de

⁶ Empezar desde lo más simple y pasar a otros procedimientos de forma gradual tiene también algunos inconvenientes. Por una parte, porque en ocasiones supone perder tiempo, con lo que inadvertidamente contribuimos a cronificar el problema. Por otra, porque si utilizamos las estrategias más complejas cuando las más simples han fallado, es posible que hayamos perdido credibilidad, que la relación terapéutica se haya resentido, y que por tanto las condiciones para la aplicación del nuevo procedimiento ya no sean las óptimas. En cualquier caso, consideramos que las ventajas de este proceder superan a sus inconvenientes.

trabajo de terapia familiar estructural (un modelo realista, normativo, en el que el terapeuta se coloca en la posición de experto), para emplear a continuación un formato de equipo reflexivo (de nuevo un modelo constructivista y no normativo, que diluye la autoridad terapéutica en una multiplicidad de voces) y terminar utilizando un formato psicoeducativo (que sería todo lo contrario: un enfoque normativo y muy estructurado).

En cualquier caso, el proceso es siempre más interactivo y menos lineal de lo que puede transmitir nuestra descripción. Además, la conclusión de que una línea de trabajo no está funcionando no es una decisión unilateral que el terapeuta toma en un momento dado, sino que implica todo un proceso de *feedback* entre terapeuta y consultantes.

TSB como marco integrador de procedimientos específicos

Hasta aquí hemos visto cómo, en nuestra forma de trabajar en TSB, la decisión de integrar procedimientos no centrados en soluciones se basa en gran medida en el *feedback* con los consultantes, bien sobre la cooperación en el sistema terapéutico (integración para mejorar el ajuste), bien sobre los avances en terapia (integración secuencial). Sin embargo, en ocasiones empleamos procedimientos específicos ante determinadas situaciones clínicas. Esta decisión se toma en la primera sesión, en buena medida “a priori”, en la medida en que no se basa tanto en el *feedback* con el cliente, sino más bien en el conocimiento sobre ese **tipo** de situaciones o de problemas. Recurrimos a estos procedimientos en tres circunstancias: i) determinadas situaciones ligadas al ciclo vital (por ejemplo, cuando se trabaja con niños, adolescentes o con ancianos; temas importantes en el trabajo con parejas; cuestiones que conviene abordar al intervenir en situaciones de enfermedad crónica y/o terminal, etc.); ii) problemas de alimentación, depresión, adicciones, etc., y iii) determinadas presentaciones clínicas.

Sería demasiado prolijo comentar las variaciones en las estrategias que aplicamos en función de la fase del ciclo vital en la que intervengamos y según el tipo de problema con el que estemos trabajando. Preferimos remitir al lector interesado a nuestro texto sobre tareas en terapia breve (Beyebach y Herrero de Vega, 2010), en el que, además de recoger diversas prescripciones terapéuticas, presentamos los elementos que tenemos en cuenta al intervenir en ciertas fases del ciclo vital y con determinados problemas. Aquí nos referiremos solamente y de forma muy breve a la tercera dimensión, enumerando algunas presentaciones clínicas ante las que habitualmente incorporamos desde la primera sesión elementos no centrados en soluciones:

-
- Recurrimos a la externalización del problema (White y Epston, 1989) ante consultantes que vienen en posición de visitantes (De Shazer, 1991), es decir, que no perciben problema alguno en lo que sí preocupa a quienes solicitaron consulta. En este caso, externalizar el problema sirve para generar en la persona visitante una motivación de cambio que permite incorporarla al proyecto terapéutico.

Helena, una joven maestra, acudió a terapia acompañada por su compañera de piso, Ángela, quien había sido la persona que la había convencido de que necesitaba ayuda y también quien había solicitado la cita para ella. Por teléfono Ángela nos había referido que desde hacía cuatro años Helena presentaba graves problemas de alimentación, que la habían llevado a bajar de 54 a 40 kg, a hacer una dieta muy restrictiva y a ejercitarse de forma excesiva, un promedio de dos horas corriendo al día. En la primera entrevista Helena reconoció que no tenía muy claro si quería eliminar esa “parte de ella” que la empujaba a querer adelgazar, ya que ahora se veía “mejor y más guapa” que cuando pesaba 54 kg. Decidí externalizar esa “parte” que Helena había mencionado y que acordamos denominar la Obsesión Obsesiva, y durante casi media hora revisamos con calma de qué forma la O.O. la estaba afectando y limitando, cómo se interponía entre ella y su familia, cómo interfería entre ella y su novio, de qué manera la esclavizaba en su vida cotidiana, etc. Fue una conversación dura para Helena, muy poco centrada en soluciones, pero el resultado fue que empezó a ver a la O.O. como una auténtica enemiga que le estaba robando su libertad y su felicidad. Otro buen rato de conversación sobre cómo cambiaría su vida cuando consiguiera derrotar a la O.O. terminó de motivarla a enfrentarse a ella. Fue el comienzo de una terapia larga pero exitosa.

- También introducimos la externalización desde el principio cuando acuden varias personas a la primera entrevista, enfrentadas en torno al problema. Es lo que hicimos en el caso de los celos de Santiago, que relatamos más arriba, y es también habitual en nuestro trabajo con familias preocupadas por la conducta de un hijo o hija. La idea es que la externalización permita que los miembros de la trabajen unidos contra el problema (White y Epston, 1989).

Luz y Ricardo, los padres de Josué (15 años) y Martina (17), vinieron muy enfadados e incluso resentidos con Josué, que desde que había empezado a ir a un nuevo instituto se había vuelto cada vez más rebelde, “contestón” y “mal educado” con ellos. De hecho, casi todos los días había algún episodio en el que Josué se ponía agresivo con sus padres. Josué,

por supuesto, sentía también mucho rencor hacia sus padres, a los que consideraba “insoportables”. Les preguntamos cómo llamarían ellos a ese “algo” que parecía apoderarse de Josué en los momentos de enfrentamiento, y fue Martina la que le dio nombre: “el cabreo”. No sin esfuerzo conseguimos que poco a poco “el cabreo” fuera apareciendo como el villano de la situación, el que lograba sacar de quicio tanto a Josué como a sus padres, llevando a todos a sentirse mal. Después giramos la conversación sobre las ocasiones en que la familia, trabajando en equipo, conseguía mantener al “cabreo” a raya, y a partir de ahí empezaron a producirse los primeros cambios.

- Tendemos a tomar más en cuenta la estrategia MRI desde el comienzo de la terapia cuando falta una parte importante del sistema, en especial cuando los padres piden consulta preocupados por un hijo o hija adolescente que se niega a acudir a la entrevista. En esos casos preferimos mantener la Pregunta Milagro en reserva (por si el hijo se incorpora posteriormente a la terapia) y centrar la entrevista en identificar qué es lo que hacen los padres que funciona (excepciones) y qué es lo que no (soluciones intentadas ineficaces). Identificar el denominador común de los intentos ineficaces de solución permite desarrollar una estrategia que lo revierta,⁷ como en el caso de Toni:

Marga y José habían conseguido convencer a su hijo Toni, de 16 años, de que les acompañara a la primera entrevista con nosotros, pero unas horas antes de la cita Toni se había marchado de casa dando un portazo y negándose a acudir. Sus padres llegaron muy desesperados, asustados por los consumos de hachís de su hijo, su fracaso escolar y su conducta verbalmente abusiva en casa. La conversación con ellos reveló que una y otra vez cometían el error de explicar, sermonear e intentar razonar con su hijo, sin llegar en ningún momento a tomar alguna medida consistente. Eso sí, cada cinco o seis semanas se producía algún estallido en el que José gritaba y chillaba a su hijo y amenazaba con echarle de casa. La propia conversación ayudó a Marga y a José a darse cuenta de que lo que estaban haciendo era ineficaz, y a atreverse a hacer cosas distintas.

- Otra razón para introducir desde el inicio una línea estratégica es que detectemos un patrón autorreferencial o proceso irónico (Shoham y Rohrbaugh, 1997). Es, por ejemplo, el caso de alguien cuyo esfuerzo por dormirse le mantiene sin poder conciliar el sueño, de una persona que trata de no pensar en al-

⁷ Para una descripción detallada de algunos de los denominadores comunes más frecuentes entre padres e hijos, remitimos a una publicación reciente sobre la intervención con niños, adolescentes y sus familias (Beyebach y Herrero de Vega, 2012), así como a dos libros de autoayuda para padres inspirado en estas mismas ideas (Ampudia, 2012; Beyebach y Herrero de Vega, 2013).

go que le preocupa, con el resultado de pensarlo cada vez más, o de un hombre que trata de forzar sus erecciones y por eso mismo termina no teniéndolas.

A Guillermo, un ejecutivo de mediana edad, le generaban muchísima ansiedad las reuniones con sus superiores, ya que estaba muy preocupado por dar buena imagen y quería, en sus propias palabras, “poder decir la palabra justa en el momento perfecto”. Esta autoexigencia le estaba generando una preocupación creciente que incluso había empezado a somatizar. En este caso, optamos por una estrategia de “giro de 180 grados” y persuadimos a Guillermo de que, para dar de verdad una buena imagen, debía demostrar que era capaz de cometer errores y sobreponerse a ellos. Por eso le recomendamos que en cada reunión con sus jefes cometiera algún error intencionadamente en los primeros cinco minutos. La intervención tuvo el efecto deseado y bloqueó el círculo vicioso en el que Guillermo se había visto atrapado.

- Los graves conflictos relacionales no solo tienen efectos negativos en sí mismos, sino que pueden dejar secuelas en toda la familia. Por eso, nos gusta usar una lente estructural tanto en los casos de divorcio de los padres (Beyebach, 2010) como en los de violencia en la pareja (Navarro Góngora, 2015), que habitualmente generan graves distorsiones en el funcionamiento relacional.

Carmen, una mujer de 35 años recién divorciada de su marido, pidió consulta porque su hija Nerea, de 9, había recibido de su orientador escolar el diagnóstico de “depresión infantil”. La primera entrevista, con la madre y la hija, fue muy centrada en soluciones y la Pregunta Milagro generó en ambas mucha emoción y motivación para cambiar las cosas. Sin embargo, por algunos comentarios de Nerea detectamos que Carmen, que no quería tener ningún contacto con su exmarido desde que sabía que vivía con otra mujer, estaba utilizando a su hija como mensajera y también como espía de su expareja. Animamos a Nerea a que expresara ante su madre lo mal que la hacía sentir verse en esa posición y cómo le gustaría que fueran las cosas en este tema, y abordamos después la cuestión con más detalle hablando un rato a solas con Carmen. Tras empatizar con lo difícil de su situación, la ayudamos a generar otras formas de manejar su propia incomodidad con la nueva pareja de su exmarido y su dolor por el divorcio.

- También hay situaciones en las que desde un inicio nos resulta útil complementar el trabajo centrado en soluciones con una lectura estructural, no en el sentido de detectar posibles disfunciones en la estructura familiar que puedan causar el problema (Minuchin, 1974), sino en la línea de entender

cómo una determinada condición puede afectar a la estructura de la familia. Este es el caso del impacto estructural que suele tener una enfermedad física o una discapacidad (Navarro Góngora, 2004; Rolland, 1994), como en el caso de Idoia:

Aunque Amparo y Fernando acudieron a terapia para que les ayudáramos a manejar mejor los problemas de conducta de su hija Idoia, una niña de 8 años de edad con un importante retraso intelectual, no nos limitamos a buscar con ellos pautas de actuación más eficaces con su hija, sino que también les propusimos que volvieran a tener una “cita” como pareja. Desde que se había diagnosticado el problema de su hija, no habían vuelto a tener ni siquiera un fin de semana para ellos solos, así que no les fue fácil dar el paso. Se animaron a darlo cuando les explicamos que estar ellos “en forma como pareja” era una buena manera de ayudar aun mejor a su hija. De hecho, al poco tiempo instituyeron la costumbre de pasar solos un fin de semana al mes, dejando a Nerea con su abuela, y esos momentos de respiro contribuyeron notablemente a que pudieran manejar de forma más tranquila y eficaz las dificultades en la conducta de su hija.

- Un elemento que introducimos de forma habitual en nuestro trabajo terapéutico es la prevención de recaídas, es decir, la conversación detallada sobre qué circunstancias podrían motivar un retroceso terapéutico, y sobre qué pueden hacer los consultantes para evitarlo. Hacemos prevención de recaídas prácticamente siempre que hay mejorías claras en una terapia, pero especialmente si una recaída es más probable: cuando los consultantes refieren un curso del problema con abundantes altibajos; cuando expresan sus dudas acerca de su propia capacidad de mantener los cambios conseguidos; y también cuando se trata de problemas en los que la investigación sugiere que el riesgo de recaídas es mayor, es decir, en los cuadros de depresión, adicciones, problemas de alimentación y de pareja (Selekmán y Beyebach, 2013).
- Los consultantes que han tenido un largo recorrido asistencial y que han pasado por diversas terapias y terapeutas, aportan información muy útil para decidir qué enfoque utilizar de partida y cuál no. Así, si anteriormente fracasó una terapia centrada en soluciones, nos parece lógico trabajar desde el principio en una línea distinta. O si el fracaso terapéutico fue con un terapeuta narrativo o experiencial, acentuamos los elementos conductuales y estratégicos de nuestro propio enfoque. En esos casos aplicamos, en un sentido más amplio, la regla del “haz algo distinto si no funciona”.

De todas formas, tomar estos “atajos terapéuticos” no implica cambiar radicalmente la forma de hacer terapia, ya que eso supondría dejar que el tipo de problema dictara el enfoque (lo que le corresponde a la lógica del modelo médico y no está apoyado por la investigación en psicoterapia), sino de introducir ciertas adaptaciones que probablemente permitan trabajar mejor. Por ejemplo, si estamos trabajando con niños, utilizaremos las técnicas centradas en soluciones, pero tendremos cuidado de simplificar nuestro lenguaje, ajustar algunas de las preguntas al nivel evolutivo de nuestros interlocutores (por ejemplo, haciendo la escala, pero dibujándola en un encerado) o de no alargar la entrevista más allá de media hora. Si estamos trabajando con una pareja y descubrimos que hay violencia, procuraremos ver por separado a cada miembro de la pareja y asegurarnos de que la víctima tenga un buen plan de escape en caso de necesidad, lo cual no impide que negociemos objetivos mediante la Pregunta Milagro o que usemos las escalas para trabajar sobre el riesgo de nuevas agresiones.

A veces, la integración de procedimientos específicos consiste en incorporar un determinado procedimiento a la línea habitual de trabajo:

Ana Isabel, de 31, y Ramón, de 34 años, consultaron para sobreponerse a las secuelas que en su familia había dejado la anorexia crónica de Ana Isabel, así como para superar su ludopatía, que habían descubierto recientemente. Su objetivo central en la terapia, que era “volver a ser una familia de tres”, se traducía entre otras metas en superar la desconfianza que habían creado los episodios de juego de Ana Isabel, mantener una distancia más adecuada con la familia extensa, y volver a asumir los cuidados de Irene, la hija de 10 años cuyo cuidado había sido prácticamente asumido por la suegra de Ana Isabel.

Tanto Ana Isabel como Ramón se esforzaron mucho durante la terapia, y consiguieron avances importantes respecto de la ludopatía y de su hija y la familia extensa. Su relación de pareja también mejoró considerablemente, pero en una de las últimas sesiones comentaron que sus relaciones sexuales estaban siendo insatisfactorias y nos pidieron ayuda al respecto. Ramón mencionó algunos episodios recientes de impotencia, que le habían creado una considerable ansiedad de desempeño. Puesto que esta pareja solía llevar a cabo a rajatabla las tareas que les sugeríamos, les propusimos que realizaran algunos ejercicios de focalización sensorial, al estilo de los propuestos por Masters y Johnson (1970). Les dimos indicaciones precisas sobre cómo estructurar la tarea y para abordar el tema de las dificultades de erección les “prohibimos” que llegaran al coito.

En la sesión siguiente informaron que habían cumplido a la perfección nuestras indicaciones..., excepto en lo tocante a nuestra “prohibición”. Habían mantenido relaciones sexuales completas y satisfactorias, y consideraban “olvidado” el problema sexual.

En ocasiones la adaptación es más sutil, como en el siguiente caso:

Victoria, una estudiante de 21 años de edad, consultó por sus dificultades para salir a la calle y estar en sitios con mucha gente. Tenía un diagnóstico de agorafobia, y tres años antes había hecho una primera consulta con otro profesional, aunque había abandonado el tratamiento sin haber mejorado. Ahora pedía terapia porque se sentía peor y además se acercaba el fin de sus estudios, y por tanto la perspectiva amenazante de tener que trasladarse a otra ciudad.

En la primera entrevista se hizo evidente que Victoria había ya avanzado mucho desde que se había iniciado el problema, y que hacía todo tipo de cosas para que sus miedos no interfirieran en exceso en su vida. Algunas de ellas suponían enfrentarse a las situaciones temidas (por ejemplo, obligarse a ir al cine con una amiga, o bajar a la facultad para tomar apuntes), y otras implicaban evitarlas (pedir a su amiga que le trajera una película en video para verla en casa, hacerse traer los apuntes por sus compañeros). Los dos tipos de soluciones le resultaban satisfactorias; las primeras, porque al fin y al cabo derrotaba los miedos; las segundas, porque resultaban más cómodas y los miedos la “dejaban tranquila”.

Considerando que en los casos de ansiedad es eficaz la estrategia de exposición, decidimos seleccionar la información de modo que ampliamos el primer tipo de soluciones (enfrentarse a los miedos), mientras que deliberadamente ignorábamos las segundas. Esta línea de trabajo (ir dando pasos en la línea de la exposición y reducir los momentos de evitación) llevó a que Victoria consiguiera cada vez más avances, y permitió dar por finalizada la terapia tras cinco entrevistas.

El caso de Victoria ilustra una forma más indirecta de utilizar la lógica de un procedimiento específico (la exposición *in vivo*), empleándolo como criterio para decidir sobre qué cosas trabajar. Así, aprovechamos lo que la consultante estaba haciendo ya, pero seleccionamos aquello que era coherente con un procedimiento como la exposición en vivo, bien apoyada por la investigación en psicoterapia. Por tanto, incluso cuando en ciertos casos integramos otros procedimientos, mantenemos una filosofía de trabajo centrada en soluciones, y si en algún momento nos apartamos de ella, volvemos en cuanto sea posible.

CUESTIONES ABIERTAS

En estas páginas hemos tratado de describir nuestra manera de practicar la TSB, con la conciencia clara de que se trata solamente de una de las formas posibles de integrar enfoques sistémicos y de terapia breve, pero también con la convicción de que una terapia integradora aporta más flexibilidad y más posibilidades de actuación que una intervención limitada a un único modelo. Queremos finalizar revisando algunas de las muchas cuestiones que quedan abiertas en nuestra propuesta integradora.

Investigación sobre TSB

La base de nuestra TSB, el enfoque centrado en soluciones, tiene un creciente respaldo empírico en contextos diversos y para todo tipo de poblaciones (Gingerich y Peterson, 2013; Franklin *et al.*, 2011); sin embargo, resulta aún insuficiente, entre otros motivos por la falta de replicaciones. Además, pese a que existen estudios que documentan tamaños de efecto considerables de algunas intervenciones centradas en soluciones (Knekt *et al.*, 2008; Medina y Beyebach, 2014a; Schade, Torres y Beyebach, 2011), los metaanálisis realizados hasta la fecha parecen sugerir que el efecto medio de la TCS es más bien entre pequeño y moderado (Kim, 2008; Stams *et al.*, 2006). Por otra parte, las terapias estratégicas derivadas del MRI de Palo Alto han generado probablemente menos investigación de calidad, aunque también algunos estudios muy impactantes (Castenuovo *et al.*, 2011; Shoham, Rohrbaugh, Trost y Muramoto, 2006).

En cuanto a la TSB como tal, hay muy pocas investigaciones de resultados publicadas hasta la fecha, y apenas algunos estudios de seguimiento (Beyebach *et al.*, 2000; López Ozores y Muñoz Torrado, 2014; Pérez Grande, 1991; Rodríguez-Arias *et al.*, 2004; Rodríguez López, Carrera Arce, y Cabero Álvarez, 2014), válidos únicamente como una primera aproximación a la espera de estudios controlados que permitan sacar conclusiones más sólidas. De todos modos, sin obviar la necesidad de documentar la eficacia del enfoque, es evidente que los estudios comparativos que se vayan haciendo arrojarán el mismo resultado que una y otra vez se obtiene en estudios de este tipo: cuando se comparan dos psicoterapias *bona fide*, lo más probable es que no se encuentren diferencias significativas entre ellas (Wampold *et al.*, 1997; Wampold, 2001).

Por eso, nuestra apuesta se inclina por las investigaciones de proceso-resultado, que permiten identificar los elementos terapéuticos de las diferentes

prácticas integrables en una TSB, como el manejo de la relación terapéutica (Beyebach y Escudero, 1997), ciertos tipos de preguntas e intervenciones (Beyebach, 2014) o determinados usos del lenguaje (Sánchez Prada y Beyebach, 2014; Neipp *et al.*, en prensa). También nos interesa estudiar de qué forma las prácticas de la TSB, en concreto los planteamientos centrados en soluciones, pueden extenderse dentro de agencias y organizaciones más amplias, y qué papel juegan en este sentido los cambios en las creencias de los propios profesionales y en la forma de funcionar de los equipos (Medina y Beyebach, 2014a, 2014b).

Desafíos de la TSB

El desafío principal para los terapeutas sistémicos breves será cómo seguir integrando nuevos elementos en la TSB sin desvirtuarla, sin perderse en la complejidad, y sin renunciar a aquellos aspectos que hacen más útil y versátil la práctica sistémica breve. Como ejemplo podríamos poner la utilización dentro de un enfoque de TSB del reprocesamiento de experiencias traumáticas mediante la técnica del EMDR (desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares) (Shapiro, 1989; Shapiro, Kaslow y Maxfield, 2007), que por una parte proporciona una herramienta clínica eficiente para este tipo de situaciones, pero por otra genera un fuerte impulso no solo hacia lo problemático, sino también hacia el pasado y lo intrapersonal. Otro ejemplo es la integración de algunas técnicas psicobiológicas y psicoeducativas (Tatkin, 2011) en el trabajo con parejas gravemente conflictivas, que tampoco resultan sencillas de combinar con la posición no normativa y constructivista de la TSB.

Nos gusta abordar esta tensión comparando nuestra labor como terapeutas con la de un guía y montañero que acompaña a sus clientes por un territorio escarpado. Por un lado, le vendrá bien disponer de mapas para orientarse sobre los diferentes obstáculos que puedan surgir (aquí, los ríos, las paredes rocosas o los bosques serían el equivalente a las situaciones y problemas específicos que hemos comentado en el apartado precedente) y tener un equipo de calidad para enfrentarse a ellos (escarpines, cuerdas, mosquetos, que serían los equivalentes de algunos procedimientos específicos como el EMDR o las técnicas de *mindfulness*). Pero lo más importante es que el montañero sepa acompañar a sus clientes y ajustar el recorrido a sus posibilidades, así como disponer de una brújula que le sirva de referencia en todo momento. En nuestro esquema, el norte lo marcan los objetivos de los consultantes, aquello que desean conseguir, que no deseamos perder de vista en ningún lugar. El sur estaría cons-

tituido por los recursos de nuestros interlocutores, que nos proporcionan una base firme en la que apoyarnos e iniciar el recorrido. Y las diferentes marcas de la aguja se corresponderían con los diversos mecanismos de *feedback* (escalas, preguntas por mejorías, etc.), que nos permiten contrastar si estamos o no bien encaminados. Pertrechados de esta forma, y con una buena dosis de voluntad y paciencia, la excursión puede comenzar.

BIBLIOGRAFÍA

- Ampudia, M. (2012). *Con la mejor intención. Cuentos para comprender qué sienten los niños*. Barcelona: Herder.
- Bateson, G. (1958): *Naven* (2ª ed.) Stanford University Press.
- Bavelas, J. B., McGee, D. R., Phillips, B., y Routledge, R. (2000). Microanalysis of communication in psychotherapy. *Human Systems*, 11, 47-66.
- Berg, I.K., y Reuss, N.H. (1998). *Solutions step by step: A substance abuse treatment manual*. Nueva York: Norton.
- Bertalanffy, L. von (1968). *General Systems Theory*. Nueva York: Braziller.
- Beyebach, M. (1993). *Relación terapéutica y abandono en terapia sistémica breve*. Tesis doctoral, Universidad Pontificia de Salamanca, España.
- . (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- . (2009). Integrative brief solution-focused family therapy: a provisional roadmap. *Journal of Systemic Therapies*, 28(3), 18-35.
- . (2010). La repercusión sobre el menor de los procesos de ruptura matrimonial: aspectos emocionales y relacionales. En José Jaime Tapia, Espanya, *Custodia compartida y protección de menores* (pp. 297-319). Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- . (2014). Change factors in Solution-focused Brief Therapy: a review of the Salamanca studies. *Journal of Systemic Therapies*, 33, 62-77.
- . (2015). Prólogo. En F. García y H. Schaefer, *Manual de técnicas de psicoterapia breve. Aportes desde la terapia sistémica*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Beyebach, M., Arribas F., Rodríguez M., Hernández C., Herrero de Vega M., y Rodríguez Morejón A. (2000). Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1), 116-128.
- Beyebach, M., y Escudero V. C. (1997). Therapeutic interaction and dropout: measuring relational communication in solution-focused therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 173- 212.
- Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2006). La tiranía del “paradigma de la especificidad”. Algunas reflexiones críticas sobre factores comunes y procedimientos específicos en psicoterapia. En L. Botella (comp.), *Construcciones*,

- narrativas y relaciones. Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pp. 269-298). Barcelona: Edebé.
- Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve individual, familiar y de parejas*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2012). “Más papás y menos pastillas”: la terapia familiar colaborativa y basada en fortalezas en la intervención con niños y sus familias. *Sistemas Familiares*, 28(1), 76-102.
- Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2013). *Cómo criar hijos tiranos. Manual de antiayuda para padres de niños y adolescentes*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M., y Rodríguez Morejón A. (1999). Some thoughts on integration in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 18(1), 24-42.
- Bohart, A. C., y Tallman, K. (2010). Clients the neglected common factor in psychotherapy. En B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, y M. A. Hubble. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2ª ed.), (pp. 83-113). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cantwell, P., y Holmes, S. (1994). Social construction: A paradigm shift for systemic therapy and training. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 15, 17-26.
- Castelnuovo, G., Manzoni, G. M., Villa, V., Cesa, G. L., y Molinari, E. (2011). Brief Strategic Therapy vs Cognitive Behavioral Therapy for the Inpatient and Telephone-Based Outpatient Treatment of Binge Eating Disorder: The STRATOB Randomized Controlled Clinical Trial. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 29-37.
- Connie, E. (2013). *Solution-focused therapy with couples*. Nueva York: Springer.
- de Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy. An ecosystemic approach*. Nueva York: Norton.
- . (1985). *Keys to solution in brief therapy*. Nueva York: Norton.
- . (1991). *Putting difference to work*. Nueva York: Norton.
- . (1994). *Words were originally magic*. Nueva York: Norton.
- de Shazer, S., Berg I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., y Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- de Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., y Berg, I. K. (2007). *More than miracles. The state of the art in solution-focused brief therapy*. Nueva York: Haworth Press.
- Duncan, B., Hubble, M., y Miller, S. D. (2003). *Psicoterapia con casos “imposibles”. Tratamientos efectivos para pacientes veteranos de la terapia*. Barcelona: Paidós.
- Dykes, M. A., y Neville, K. E. (2000). Taming trouble and other tales: Using externalized characters in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 74-81.

- Eron, J. B., y Lund, T. W. (1993). How Problems Evolve and Dissolve: Integrating Narrative and Strategic Concepts. *Family Process*, 32, 291-309.
- Fisch, R., y Schlanger, K. (2000). *Brief therapy with intimidating cases*. Nueva York: Norton.
- Fisch, R., Weakland, J. H., y Segal, L. (1982). *The tactics of change. Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Foerster, H. von. (2009). *Las semillas de la cibernética: obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.
- Franklin, C., Trepper, T., Gingerich, W., y McCollum, E. (2011). *Solution-focused brief therapy. A handbook of evidence-based practice*. Nueva York: Oxford University Press.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., y Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically-informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- García, F. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago, Chile: RIL.
- Geyerhofer, S., y Komori, Y. (2004). Integrating Poststructuralist Models of Brief Therapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 46-64.
- Gingerich, W. J., y Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266-283.
- Godoy Fernández, C., y Fernández Ros, E. (2002). *El niño ante el divorcio*. Madrid: Pirámide.
- González Pardo, H., y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*. Nueva York: Grune y Stratton.
- . (1976). *Problem-solving therapy: New strategies for effective family therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Healing, S., y Bavelas, J. B. (2011). Can questions lead to change? An analogue experiment. *Journal of Systemic Therapies*, 30, 30-47.
- Herrero de Vega, M. (2007). *El proceso de cambio en terapia breve. Atasco terapéutico en terapia centrada en las soluciones*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Hinshaw, S. P., y Scheffler, R. M. (2014). *The ADHD explosion: Myths, medications, money, and today's push for performance*. Nueva York: Oxford University Press.
- Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18, 107-116.
- Knekt, P., Lindfors, O., Harkanen, T., Valikoski, M., Virtala, E., y Laaksonen, M. A. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-term and short-term

- psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38, 689-703.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lipchik, E. (2002). *Beyond technique in solution-focused therapy: working with emotions and the therapeutic relationship*. Nueva York: Guilford Press.
- López Ozores, I., y Muñoz Torrado, J. A. (2014). Estudio de los resultados obtenidos con Terapia Familiar Breve en un centro clínico privado. *MOSAICO*, 59, 26-35.
- Masters, W. H., y Johnson, V. E. (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- McGee, D., Del Vento, A., y Bavelas, J. B. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 371-384.
- Medina, M., y Beyebach, M. (2014a). The Impact of Solution-focused Training on Professionals' Beliefs, Practices and Burnout of Child Protection Workers in Tenerife Island. *Child Care in Practice*, 20(1), 7-36.
- Medina, A., y Beyebach, M. (2014b). How do child protection workers and teams change during solution-focused supervision and training? A brief qualitative report. *International Journal of Solution-focused practices*, 2, 9-19.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., y Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nardone, G., y Salvini, A. (2011). *El diálogo estratégico. Comunicar persuadiendo: técnicas para conseguir el cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (1990). *L'Arte del cambiamento*. Florencia: Ponte alle Grazie.
- Navarro Góngora, J. (2004). *Enfermedad y familia: manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- . (2015). *Violencia en las relaciones íntimas: una perspectiva clínica*. Barcelona: Herder.
- Neipp, M. C., Beyebach, M., Núñez, R. M., y Martínez-González, M. C. (en prensa). The effect of solution-focused versus problem-focused questions: a replication. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. Nueva York: Oxford University Press.
- O'Hanlon W. H., y Weiner-Davis M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

- Pérez Grande, M. D. (1991). Evaluación de resultados en terapia sistémica breve. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 93-110.
- Quick, E. (1996). *Doing what works in brief therapy. A strategic solution focused approach*. Burlington, MA: Academic Press.
- . (2008). *Doing what works in brief therapy. A strategic solution focused approach* (2ª ed.). Londres: Academic Press.
- Rodríguez-Arias Palomo, J. L., Otero Larrea, M., Venero Celis, M., Ciordia Rada, N., y Vázquez Fondó, P. (2004). Estudio de evaluación de resultados en terapia familiar breve. *Papeles del Psicólogo*, 87. www.papelesdelpsicologo.es.
- Rodríguez López, N. M., Carrera Arce, M., y Cabero Álvarez, A. (2014). Estudio longitudinal de la efectividad de la psicoterapia de grupo orientada a soluciones para trastornos depresivos y adaptativos. *MOSAICO*, 59, 56-102.
- Rolland, J. (1994). *Families, illness, and disability*. Nueva York: Basic Books.
- Saggese, M., y Foley, F. (2000). From problems or solutions to problems and solutions: Integrating the MRI and solution-focused models of brief therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 59-73.
- Sánchez Prada, A., y Beyebach, M. (2014). Solution-focused responses to “no improvement”: A qualitative analysis of the deconstruction process. *Journal of Systemic Therapies*, 33, 78-91.
- Schade, N., y Torres, P. (2007). *Manual de consejería familiar en salud*. Concepción, Chile: Cosmigenon.
- Schade, N., Torres, P., y Beyebach, M. (2011). Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Journal of Family Systems and Health*, 29, 197-205.
- Selekman, M. D. (ed.). (1993). *Pathways to Change: Brief Therapy Solutions with Difficult Adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Selekman, M. D., y Beyebach, M. (2013). *Changing Self-Destructive Habits: Pathways to Solutions with Couples and Families*. Nueva York: Routledge.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F., Kaslow, F., y Maxfield, L. (2007). *Handbook of EMDR and family processes*. Nueva York: John Wiley.
- Shoham, V., y Rohrbaugh, M. (1997). Interrupting ironic processes. *Psychological Science*, 8, 151-153.
- Shoham, V., Rohrbaugh, M. J., Trost, S. E., y Muramoto, M. (2006). A family consultation intervention for health-compromised smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 395-402.
- Stams, G. J., Dekovic, M., Buist, K., y De Vries, L., (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Tijdschrift voor gedrags therapie*, 39, 81-94.

- Tatkin, S. (2011). *Wired for love*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26(1), 167-183.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Londres: Lawrence Erlbaum.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., y Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes." *Psychological Bulletin*, 12, 203-215.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., y Bodin, A. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: interviews and essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M., y Epston, E. (1989). *Narrative means to therapeutic ends*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.