

# LA TERAPIA FAMILIAR BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES<sup>1</sup>

Mark Beyebach<sup>2</sup>

## 1. ORÍGENES DEL MODELO

La Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS) nació a comienzos de los años setenta en la ciudad norteamericana de Milwaukee, cuando un grupo de trabajadores sociales instaló un espejo unidireccional y empezó a experimentar con las ideas del M.R.I. de Palo Alto. A este equipo inicial, que incluía a Insoo Kim Berg, Jim Derks, Elam Nunnally, Marilyn LaCourt y Eve Lipchik, se unió Steve de Shazer, que durante un tiempo había formado parte del equipo del MRI y volvió a Milwaukee para casarse con Insoo Kim Berg. El grupo empezó a reunirse en la casa de ambos, haciendo terapia gratuitamente para experimentar con nuevas ideas, siempre con el afán de contestar a la pregunta “¿Qué es lo que funciona en la terapia breve?” (Lipchik, Derks, Lacourt & Nunnally, 2012). En 1978, este equipo creó el *Brief Family Therapy Center*, un centro clínico que desde el principio funcionó como un “think-tank” en el que los terapeutas pasaban cientos de horas observando sesiones de terapia, tratando de identificar lo que mejor funcionaba y sometiendo a prueba en sesión los nuevos descubrimientos. En este sentido, se puede afirmar que desde sus inicios la TBCS surgió como una práctica basada en la evidencia (Lipchik, Derks, Lacourt & Nunnally, 2012), mediante un proceso recursivo y dinámico de intervención, observación y teorización. A largo de los años se fueron sumando a este esfuerzo nuevos terapeutas (Scott Miller, Wally Gingerich, Gale Miller, Michele Weiner-Davis) e invitados de todo el mundo (Bill O’Hanlon, Yvonne Dolan, Karl Tomm, Michael Durrant y Brian Cade). El método terapéutico se fue alejando cada vez más del foco sobre los problemas y centrando progresivamente sobre las soluciones, manteniendo en todo momento la fidelidad al principio minimalista de la “navaja de Ockham, a saber, que no se deben multiplicar los entes explicativos sin necesidad. Por su parte, Steve de Shazer reconoció siempre formar parte de una tradición de terapia breve que arrancaba de Milton Erickson y desembocaba en Milwaukee, pasando por los

---

<sup>1</sup> Borrador pre-publicación de Beyebach, M. (2014). La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones. En A. Moreno Fernández, Ed.) *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 449-480). Bilbao: Desclée de Brouwer.

<sup>2</sup> Mark Beyebach. Universidad Pública de Navarra. mark.beyebach@unavarra.es

teóricos y terapeutas del MRI y tamizado por la influencia del pensamiento budista y taoísta (De Shazer, 1982).

Steve de Shazer (de Shazer, 1982, 1985, 1988, 1991, 1994; de Shazer et al., 2007) e Insoo Kim Berg (Berg & Dolan, 2001; Berg & Miller, 1992; Berg & Reuss, 1998) son sin duda las dos figuras centrales de la TBCS y quienes más han contribuido a difundir el enfoque centrado en las soluciones más allá del terreno de la terapia familiar en el que se inició. De hecho, hoy en día se puede hablar de trabajo social centrado en soluciones (Berg, 1994), de protección de menores centrada en soluciones (Berg y Kelly, 2000; Turnell & Edwards, 1999), de *coaching*, *counseling* y mediación centrados en soluciones (Grant, 2003, Bannink, 2007), de orientación e intervención escolar centradas en soluciones (Murphy, 2008; Franklin & Streeter, 2004), de enfermería centrada en soluciones (McAllister, 2007), de psicología organizacional basada en soluciones (McKergow, 2012), e incluso de pastoral centrada en soluciones (Kollar, 2010). El enfoque se utiliza en terapia y asesoramiento individual, familiar y de pareja, en el trabajo con grupos y con instituciones, y se aplica prácticamente a todo el espectro de problemas clínicos, desde la depresión (Knekt y Lindorfs, 2004; Estrada y Beyebach, 2007) hasta la esquizofrenia (Eakes et al., 1997), pasando por los trastornos de alimentación (Jacob, 2001), el manejo de enfermedades físicas como las lesiones de espalda (Cockburn, Thomas y Cockburn, 1997) o el Chron (Vogelaar et al., 2011), la violencia en pareja (McCollum, Stith & Thosen, 2012), los pacientes somatomorfos (Schade, Torres y Beyebach, 2011) o el abuso de sustancias (Berg & Reuss, 1998; Smock et al, 2011). Desde el punto de vista institucional, el impulso de Steve de Shazer e Insoo Kim Berg llevó a la creación en 1993 de la *European Brief Therapy Association* ([www.ebta.nu](http://www.ebta.nu)) y, unos años más tarde, de la *Solution Focused Brief Therapy Association* norteamericana ([www.sfbta.org](http://www.sfbta.org)). Posteriormente se han ido creando diversas asociaciones nacionales de terapia centrada en soluciones (Inglaterra, Suecia, Finlandia) así como organizaciones profesionales con vocación de regular la formación y la acreditación en este campo ([www.iasti.org](http://www.iasti.org)).

El espíritu de rigor e indagación constante de los pioneros de la TBCS se ha difundido como parte integral del enfoque y propiciado que se realizaran numerosas investigaciones sobre los resultados y los procesos de la TBCS en todo el mundo. A fecha de hoy, tenemos constancia de la publicación de 43 estudios controlados sobre TBCS (Gingerich y Peterson, 2012), además de medio centenar de estudios de seguimiento y varias decenas de investigaciones de proceso y proceso-resultado (en [www.ebta.nu](http://www.ebta.nu) puede encontrarse una lista en constante actualización). Considerando el conjunto de estas investigaciones, podemos extraer las siguientes conclusiones

(para una discusión más profunda, véanse Beyebach, Estrada y Herrero, 2006; Corcoran, 2012; Gingerich & Eisengart, 2000; Gingerich & Peterson, 2012; Gingerich et al., 2012; Kim, 2012; McKeel, 2012):

- a) Los datos confirman que la TBCS es un enfoque breve, que permite obtener resultados positivos en un número reducido de sesiones, que en la mayoría de investigaciones publicadas se sitúa entre las 3 y las 6. Además, se confirma que la TBCS se adapta bien a una gran variedad de contextos clínicos y no-clínicos. De todos modos, varios estudios apuntan a que probablemente, dentro de la brevedad, tener alguna sesión más permita alcanzar mejores resultados.
- b) Los meta-análisis existentes permiten asegurar que la TBSC tiene al menos un efecto entre pequeño (Kim, 2008) y moderado (Stams et al., 2006), y existen estudios de calidad que puntualmente ofrecen tamaños de efecto superiores, en torno a  $d=.80$  (por ejemplo, Knekt et al., 2008; Schade, Torres y Beyebach, 2011) y muestran incluso resultados espectaculares a favor de la TBCS (Cockburn, Thomas & Cockburn, 1997, Lindforss & Magnusson, 1997). De todos modos, serán necesarios más estudios controlados y más replicaciones, para terminar de establecer la potencia terapéutica de la TBCS.
- c) En la actualidad disponemos de un considerable número de estudios de proceso y proceso-resultado que apoyan el efecto positivo de determinadas técnicas centradas en soluciones (como la negociación de objetivos y la conversación sobre cambios pretratamiento, Rodríguez Morejón, 1993; o la Tarea de Fórmula de Primera Sesión, Adams, Piercy & Jurich, 1991). Además, estos estudios arrojan luz sobre la manera de utilizar el lenguaje al emplear estas técnicas y sobre los riesgos que puede suponer abusar de algunas de ellas (por ejemplo, del lenguaje presuposicional, MacMartin, 2008) o no adaptarlas a las circunstancias de los consultantes (por ejemplo, las dificultades al emplear la pregunta milagro con personas sordas, Estrada & Beyebach, 2007, o con madres de hijos con discapacidad, Lloyd y Dallos, 2008).
- d) Una de las aportaciones más prometedoras a la investigación sobre TBCS proviene de los estudios de laboratorio realizados por Janet Bavelas y su equipo en la Universidad de Victoria. Estos trabajos proporcionan un apoyo empírico a una visión constructorista y colaborativa del diálogo terapéutico (Bavelas, Coates y Johnson, 2000; McGee, Del

Vento y Bavelas, 2005), y documentan el impacto directo que a nivel tanto cognitivo como conductual pueden tener las preguntas que presuponen agencia personal, lo que en este capítulo hemos venido denominando “atribución de control” (Healing y Bavelas, 2011). Seguramente los estudios de este tipo constituyen un importante frente de avance para consolidar la base empírica de la TBCS.

## 2. CONCEPTOS BÁSICOS EN TBCS

En el nivel de mayor abstracción, podemos describir la TBCS como un enfoque *constructivista* y *construccionista*, en el que se entiende que la realidad social se configura desde los condicionantes biológicos, históricos y culturales de los individuos, y a su vez se negocia y re-negocia constantemente en la interacción humana. Al igual que hacen los autores del MRI de Palo Alto, este planteamiento lleva a una posición *no-normativa*, en la que se acepta que hay muchas formas, válidas todas ellas, de ser y estar como persona, de interactuar como pareja y de organizarse como familia. No hay por tanto una preconcepción normativa acerca de cómo deben o no funcionar las familias, sino más bien una postura de respeto por la diversidad de formas en que se puede organizar la interacción humana y por los diferentes valores que pueden sustentar los consultantes. Por tanto, en TBCS no hay ningún interés en crear tipologías de familias o parejas, y se produce una renuncia expresa a cualquier tipo de diagnóstico tradicional.

La concepción centrada en soluciones acerca de cómo se forman y mantienen los problemas humanos es prácticamente idéntica a la visión que sobre esta cuestión defienden los autores del MRI de Palo Alto. En cambio, la forma de entender el cambio es diferente en los dos enfoques, aunque absolutamente complementaria. Analizaremos por separado ambos conjuntos de conceptos.

Tanto para los autores del Centro de Terapia Breve del MRI como para los teóricos de la TBCS, “un problema es un problema” y no el síntoma de una disfunción o de un conflicto familiar más profundos. De hecho, Steve de Shazer sigue a Wittgenstein cuando rechaza hacer interpretaciones esencialistas y aboga por renunciar a “leer entre líneas”, para limitarse a “leer las líneas”, es decir, describir las interacciones humanas en vez de pretender interpretarlas (De Shazer, 1994). La consecuencia más importante de esta posición es que se desestima el concepto sistémico de “función del síntoma”, lo que marca una verdadera frontera conceptual entre los

enfoques sistémicos clásicos y la terapia sistémica breve tanto del MRI como de la TBCS. Como veremos más abajo, rechazar la noción de que los problemas humanos cumplen funciones sistémicas tiene profundas implicaciones para la terapia, puesto que hace innecesario el concepto de “resistencia familiar” y por tanto permite que la posición del terapeuta sea más transparente y colaborativa con sus usuarios: la “muerte de la resistencia” que Steve de Shazer postuló con brillantez en un artículo ya clásico (de Shazer, 1984).

Pongamos un ejemplo. Supongamos que una familia compuesta por los padres, un hijo de 9 años y una hija de 5 pide ayuda por los graves problemas de conducta que plantea el hijo mayor, que tiene rabieta incontrolables en las que rompe todo tipo de objetos, agrede a su hermana e incluso a sus padres y ha llegado varias veces a amenazar con suicidarse. La madre, que renunció a su carrera profesional cuando nació la hija, es quien pasa más tiempo en casa, y se presenta angustiada y derrotada por la situación; el padre, pequeño empresario agobiado por las deudas, pasa muchas más horas en el trabajo que en su hogar. El la acusa a ella de ser poco firme con el hijo; ella le recrimina a él que “huya” de casa. Desde una perspectiva sistémica clásica, se hipotetizaría que la conducta del hijo cumplen una función para la familia, por ejemplo enmascarar el conflicto entre los padres, lo cual llevaría a intentar “resignificar” el comportamiento del hijo y a dar prioridad en la terapia a resolver el presunto conflicto de pareja. Un terapeuta sistémico breve no asumiría esta hipótesis y en todo caso entendería que las diferencias entre los padres respecto a la educación del hijo son una consecuencia de los desafíos que plantea éste. Un terapeuta MRI trataría de entender cuál es el intento ineficaz de solución de los padres, para bloquearlo y modificarlo; un terapeuta TBCS trataría de encontrar aquellas ocasiones en que los padres sí son eficaces y las cosas con el hijo son de otra manera. En ambos casos, el énfasis estaría ante todo sobre cómo los padres manejan las conductas del hijo, más que en su interacción como pareja.

Ahora bien, si los problemas humanos no surgen como síntoma de alguna disfunción familiar o de un conflicto interpersonal más profundo, ¿cómo se explican su aparición y su mantenimiento? Aunque Steve de Shazer no se interesó apenas por esta cuestión, su posición básica es la que había aprendido en el MRI: los problemas se originan porque en algún momento alguien empieza a considerar como problemática cierta dificultad y trata de resolverla. Habitualmente esta dificultad inicial es el resultado de algún cambio vital o simplemente el resultado del azar o de un suceso inesperado. En cualquier caso, si el intento de solución que se le aplica tiene éxito, no llega a haber un problema; si no lo tiene, se abren dos posibilidades diferentes. Por un lado, es

posible que la persona o personas implicadas se den cuenta de que su intento es ineficaz y cambien de estrategia. Sin embargo, también cabe la posibilidad de que ante la falta de resultados entiendan que no han aplicado una dosis suficiente de la solución intentada y redoblen sus esfuerzos. En este caso se puede pasar a una situación de “más de lo mismo”, a un círculo vicioso en el que, cuanto más se empeñan los implicados en resolver la dificultad inicial, más se enquistan ésta, de modo que la solución pasa a ser el problema. El aspecto que subraya Steve de Shazer es que, a lo largo de este proceso, la persona percibe cada vez más su problema y su incapacidad de resolverlo, pasando por alto aquellas ocasiones en las que el problema no se da, o se da con menor intensidad o duración. En otras palabras, el encuadre “tengo un problema” impide detectar posibles variaciones y excepciones. En este contexto, el objetivo de la terapia es ayudar al consultante a deshacer ese encuadre problemático, de modo que pueda percibir las excepciones como “una diferencia que marca una diferencia” y aumentarlas hasta que el problema deje de ser tal. Una manera de entender este proceso de cambio es como una inversión figura/fondo, en el que las excepciones, que constituían el fondo, avanzan a un primer plano, pasando el problema a tener menos relevancia.

De todos modos, la concepción del cambio en la TBCS no es puramente cognitivista, como la descripción anterior podría hacer pensar. Al contrario, Steve de Shazer siempre fue muy consciente del contexto interaccional en el que el cambio tiene lugar, y de hecho afirmó que “un cambio no es tal hasta que no es percibido como tal en su contexto social” (de Shazer et al., 2007, pp.47). En otras palabras, las personas relevantes deben percibir los cambios y reaccionar ante ellos, de modo que se instauren secuencias alternativas de interacción. Por ese motivo, los terapeutas centrados en soluciones suelen invitar a las sesiones a todas las personas motivadas para mejorar la situación; esto significa que a menudo (aunque no siempre) se trabaja con todos los miembros de la familia. El énfasis en los aspectos conductuales del proceso de cambio ha llevado a algunos autores, incluso de la propia órbita de la TBCS, a señalar que los aspectos emocionales y relacionales corren el riesgo de ser pasados por alto (Lipchik, 2002).

Volviendo al caso del ejemplo, es posible pensar que las rabietas del hijo se fueron construyendo en un proceso de ampliación de la desviación, en el que respuestas poco eficaces de los padres a enfados inicialmente pequeños del hijo (por ejemplo, ceder ante ellos; o responder de forma desmesurada) fueron aumentando el problema, lo que a su vez fue exacerbando la intensidad de las rabietas. Si el terapeuta centrado en soluciones ayuda a la familia a identificar incluso ocasiones en las que el hijo responde de una forma más adecuada que desde la rabieta, y/o

ocasiones en que ante una rabieta los padres consiguen responder mejor), podrá después iniciar un proceso para ir ampliando estas excepciones.

El aspecto más radical de la concepción del cambio terapéutico estriba en que para Steve de Shazer los problemas y las soluciones no están necesariamente conectados, sino que son independientes. En otras palabras, es probable que para dos personas con problemas prácticamente iguales las soluciones sean muy distintas; y a la inversa, que dos personas o dos familias con problemas diferentes lleguen a soluciones similares. Esta idea por un lado refuerza el planteamiento no-normativo de que no es necesario diagnosticar a las familias, y por otro reformula la concepción de la terapia: la intervención ya no se entiende como un proceso de “resolución de problemas” sino como una labor de “construcción de soluciones” (de Shazer et al., 2007) para la que en rigor ni siquiera es necesario tener información sobre los problemas. Construcción de soluciones que, como veremos a continuación, se realiza en constante negociación y conversación con los consultantes, en una posición colaborativa y de “guiar desde atrás” que contrasta, por ejemplo, con la posición más directiva de los terapeutas familiares estructurales.

Así, en el caso del ejemplo, un terapeuta centrado en soluciones no tendrá un gran interés en explorar cuál es la historia de las rabietas y ni siquiera necesitará una descripción detallada de cada una de ellas. Sin embargo, sí querrá tener una visión muy concreta de cómo suceden las cosas los días en los que no se producen rabietas, qué hace cada personas en las ocasiones en que una rabieta está a punto de producirse pero no se produce, y qué es diferente en aquellas en las que una rabieta es menos intensa o termina antes de lo esperado.

### **3. VISIÓN GLOBAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO**

Probablemente la forma más sencilla de describir el proceso terapéutico en TBCS es señalando que “se empieza por el final”: la terapeuta comienza la primera entrevista negociando con la familia cómo sabrán que los problemas que les traen a terapia están resueltos, cuáles son los criterios para determinar que la intervención ha sido exitosa. A menudo, se sirve para ello de la “Pregunta Milagro” o de otras técnicas de proyección al futuro que ayuden a la familia a describir su futuro preferido. Una vez que lo han descrito será más fácil identificar las mejoras y los cambios que ya están en marcha (los cambios pretratamiento y las excepciones), ayudar a identificar cómo se consiguen e ir decidiendo cuáles son los siguientes pequeños pasos a dar hacia ese futuro preferido. En otras palabras, el criterio de avance no es tanto alejarse del

problema, sino ir acercándose a los objetivos. En este proceso, la terapeuta va elogiando los avances de la familia y a menudo proponiendo tareas para casa que ayuden a llevar a cabo y/o a consolidar estos avances. La terapia termina cuando la familia considera que ya ha alcanzado sus metas.

Puesto que la terapia se entiende como un proceso de co-construcción de soluciones, de negociación de objetivos y detección de excepciones, el terapeuta no necesita ejercer ninguna fuerza sobre la familia, sino que tratará simplemente de acompañarla en el proceso y facilitar la conversación y la toma de decisiones. En este sentido, en TBCS se renuncia a la metáfora del terapeuta como “cirujano”, “estratega” o “director de escena” y se apuesta por una visión más modesta: el profesional como facilitador, como un acompañante que “guía desde atrás” a sus consultantes, un *coach* que ayuda en diálogo socrático a sus interlocutores tratando de no imponer sus propias ideas y valores sino de apoyarse en los de sus consultantes. Esta posición requiere que esté dispuesto a adaptarse a cada familia y a cada persona en particular, que sea capaz de averiguar qué quieren y de negociar en qué objetivos concretos se traducen estos deseos y que muestre una gran sensibilidad al *feedback* de sus interlocutores. Expresado en la terminología de las terapias narrativas, diríamos que en TBCS se privilegian la voz de los consultantes, sus capacidades y sus recursos; por eso el terapeuta no propone a la familia qué debe hacer, sino que la ayuda a localizar las ocasiones en las que ya lo está haciendo bien y a descubrir cómo lo consigue, cuál es la “receta” para haber avanzado y para seguir avanzando.

A veces se describe la posición del terapeuta centrado en soluciones como la de un “terapeuta que no sabe todavía” o incluso la de un “terapeuta estúpido”, que considera que los expertos son los consultantes. Esta descripción se ajusta al planteamiento constructivista y no-normativo que hemos descrito más arriba, pero no es incompatible con reconocer que la terapeuta, aunque renuncie a ser un experto en la vida de sus consultantes, sí debe ser experto en la conducción de la terapia y en la gestión de las conversaciones con la familia, de modo que éstas sean provechosas y permitan avanzar en la dirección deseada. En otras palabras, una terapeuta centrado en soluciones trabaja mucho durante las sesiones para conseguir que sea la familia la que genere sus propias soluciones. Y lo hace utilizando el lenguaje de forma cuidadosa y centrada en soluciones, empleando las técnicas que constituyen la “entrevista interventiva” (Lipchik & De Shazer, 1986) que describiremos en el apartado siguiente.



Desde el punto de vista práctico, la TBCS es un tratamiento breve, con un promedio de sesiones que oscila entre 3 y 6 en la mayoría de las investigaciones publicadas. La periodicidad de las sesiones está en función de las preferencias de los consultantes, pero suele ser bi- o trisemanal. Aunque el planteamiento es contextual, desde un enfoque centrado en las soluciones no es imprescindible contar en las sesiones con toda la familia; a menudo es suficiente con contar solamente con las personas más motivadas. Incluso se puede intervenir en una pareja atendiendo sólo a uno de sus miembros.

Si el contexto lo permite, los terapeutas hacen una pausa al final de cada sesión para consultar con su equipo o, si no tienen equipo, simplemente reflexionar sobre la entrevista antes de dar un mensaje final a la familia. Esta devolución suele incluir elogios y tareas para realizar hasta la siguiente consulta. En primera entrevista es típico preguntar por los cambios pretratamiento y utilizar la pregunta milagro o alguna otra técnica de proyección al futuro (véase la sección siguiente). Las sesiones posteriores se comienzan preguntando qué va mejor y buscando modos de aumentar y consolidar estas mejorías. Si no hay avances, el terapeuta se replantea si está realmente trabajando por los objetivos de la familia y como segunda opción procura hacer “algo diferente”; con ello ya se sitúa en una línea de interrupción de la secuencia problema más propia del MRI.

#### **4. ESTRATEGIAS Y TECNICAS EN LA TBCS**

##### **4.1. Estrategias comunicacionales en la entrevista interventiva**

Las técnicas centradas en soluciones son probablemente lo más conocido y divulgado de este enfoque terapéutico, más allá de los límites de la terapia familiar e incluso de la psicoterapia en general. Sin embargo, no debería confundirse la TBCS con la aplicación más o menos automática de técnicas como la Pregunta Milagro o las Preguntas de Escala, por citar las dos más conocidas. Hacer una intervención centrada en soluciones no sólo requiere emplear ciertas técnicas, sino hacerlo desde la posición terapéutica que hemos descrito en el apartado anterior, y sobre todo, utilizando cuidadosamente el lenguaje. Así, no es suficiente con plantear a una familia la Pregunta Milagro; hace falta, además, trabajar con las respuestas que sus miembros vayan dando y seguir preguntando para lograr que estas respuestas resulten útiles. Y tampoco basta con lanzar una Escala de Avance y limitarse a tomar nota de la cifra con la que respondan nuestros interlocutores; además, será necesario gestionar sus respuestas para generar nueva información sobre los avances ya producidos, las expectativas de futuro y los pasos siguientes a

dar. Denominamos a estos procesos terapéuticos “estrategias”, a sabiendas de que no estamos utilizando el término en el sentido que le dan por ejemplo la terapia familiar estructural o estructural-estratégica<sup>3</sup>, sino para referirnos a patrones transversales de comunicación terapéutica, formas de gestionar la información en el transcurso de la entrevista que se aplican a todas las técnicas de entrevista interventiva que describiremos más abajo. Tres son las estrategias principales:

-*Elicitar* la descripción de soluciones, bien iniciando la conversación sobre ellas mediante alguna de las preguntas centradas en soluciones, bien centrándose en alguna información o dato que los consultantes aporten espontáneamente en el transcurso de la conversación. Esto último exige una escucha muy atenta y focalizada sobre los recursos, que permita detectar soluciones incluso en las descripciones de las quejas.

-*Ampliar*, es decir, pedir detalles y ayudar a los consultantes a que generen descripciones en términos de conductas interactivas, pequeñas, concretas y en positivo. Así, no es un buen objetivo “no pelear todo el día” (en negativo, ausencia de algo), pero tampoco “llevarnos mejor” (en positivo, presencia de algo, pero no concreto); sí sería un buen objetivo “volver a cenar juntos los cuatro al menos un día por semana”. No sería una descripción útil de mejorías “Ya no desconfiamos tanto el uno del otro” (en negativo) ni tampoco “ahora hay más confianza en la pareja”; sí sería una buena descripción de mejorías que los consultantes nos digan “ahora él me anima a salir con mis amigos” o por ejemplo “me está contando más cosas de lo que hace fuera”.

-*Anclar las soluciones o atribuir control*, es decir, ayudar mediante nuestras preguntas a que los consultantes identifiquen de qué forma han conseguido producir las mejorías o de qué manera pueden llegar a alcanzar sus objetivos. En TBCS no es suficiente con que la situación en la familia mejore; hace falta que además los miembros de la familia sepan de qué forma han conseguido generar esos cambios; de esta manera podrán hacer más lo que funciona y estarán preparados para enfrentar posibles recaídas. Un reciente experimento de Healing y Bavelas (2011) demuestra el efecto tanto cognitivo como conductual que tienen las preguntas que presuponen agencia personal, en contraposición a las que presuponen una causalidad externa.

---

<sup>3</sup> Las estrategias terapéuticas en el sentido tradicional se refieren a la concatenación de determinadas maniobras por parte del terapeuta, por ejemplo, apoyar a los padres para que trabajen en equipo; o promover la comunicación de sentimientos en la pareja. Las estrategias entendidas en este sentido son ajenas al enfoque centrado en soluciones, que como acabamos de ver rechaza la idea de que haya “tipos de soluciones” para “tipos de problemas”.

*-Ir despacio*, que los autores del BTC de Palo Alto describen como una “intervención general” (Fisch, Weakland & Segal, 1982), constituye también un aspecto importante del proceder de los terapeutas centrados en soluciones. En el caso de la TBCS se traduce en ajustarse al ritmo de cambio de los clientes, en transmitir el mensaje de avanzar paso a paso, en dar tiempo a los clientes para que piensen y elaboren sus respuestas a las preguntas del terapeuta (lo que incluye saber mantener el silencio) y también en la recomendación de que los terapeutas haga una pausa hacia el final de la entrevista.

*-Promover activamente la cooperación con la familia*. No se trata de conseguir “que la familia coopere con la terapeuta”, sino de plantearnos como terapeutas qué podemos hacer para cooperar nosotros con nuestros consultantes. En la TBCS, la posición de cooperación activa se consigue, en primer lugar, identificando qué quieren conseguir los consultantes y adoptando sus objetivos. En segundo lugar, la terapeuta centrada en soluciones valida la posición de sus interlocutores, es decir, acepta su forma de ver el problema y las posibles soluciones, y en vez de confrontar o tratar de cambiarla la utiliza a favor del cambio. Finalmente, en el nivel de la comunicación terapéutica, la terapeuta se esfuerza por utilizar el lenguaje de los clientes en vez de imponer su propia jerga profesional. Otra forma de describir este proceso dialógico es como una combinación de las intervenciones que abren posibilidades con las que validan la posición de los clientes: “Eso debió ser tremendamente difícil/¿cómo conseguiste salir adelante?”. Estos dos elementos, posibilidad y validación, pueden simultanearse: “¿Cómo lograsteis manteneros firmes/ ante una rabieta tan tremenda?”

#### **4.2. Técnicas de entrevista interventiva: las preguntas centradas en soluciones**

Las técnicas de la TBCS se emplean en función de cada entrevista y de cada caso. Aunque algunas de ellas (como la pregunta por los cambios pre-tratamiento o la proyección al futuro mediante pregunta milagro) son típicas de la primera sesión, por lo general se combinan según las circunstancias, siempre con la idea de conseguir descripciones de los avances ya producidos por un lado, y por otro de los siguientes pasos a dar. Las técnicas típicas de la TBCS son:

*Proyección al futuro*. Se trata de invitar a la familia a imaginarse un futuro sin el problema. La versión clásica es la Pregunta Milagro (“Imagínense que esta noche, después de ir a dormir, sucede un milagro y los problemas que les traen aquí se resuelven. Como están dormidos no se dan cuenta de que sucede este milagro. Mañana por la mañana ¿en qué notarían que este milagro se ha producido?”), pero se puede adaptar la pregunta haciendo referencia a la magia, a una

máquina del tiempo, o simplemente a un marco temporal futuro (“Imagínense que la terapia va muy bien, que resuelven los problemas que les traen aquí, y que yo les hago un seguimiento dentro de un año ¿qué les gustaría contarme?”). En cualquier caso, lo importante es el trabajo posterior que el terapeuta hace con las respuestas de los consultantes, ampliándolas hasta conseguir objetivos pequeños, alcanzables, concretos, conductuales e interaccionales.

*Cambios pre-tratamiento.* Son las mejorías que se producen antes de la primera entrevista: por ejemplo, desde la llamada telefónica el padre con problemas con el alcohol ha empezado a beber algo menos; o desde que acordaron iniciar una terapia, la pareja no ha vuelto a pelearse. Tal y como indica la investigación, los cambios pre-tratamiento son frecuentes en consultas ambulatorias, tal vez porque el hecho de pedir ayuda a un terapeuta ya genera cierta esperanza e implica pasar a la acción en la resolución del problema. En otros casos, el efecto terapéutico de la llamada puede tener que ver con el hecho de hacer público un problema que permanecía oculto (por ejemplo, en un caso de violencia de género, o de atracones secretos) o con que la expectativa de dejarlo en manos de un profesional permita que se relajen los intentos infructuosos de solución. En cualquier caso, los cambios pre-tratamiento son muy relevantes, porque permiten partir de avances que ya se han producido, y demás tienen más probabilidades de ser percibidos como algo que está bajo el control de los consultantes ya que, al fin y al cabo, se ha producido sin la intervención del profesional. Debido a su enorme utilidad, no gusta preguntar por ellos presuponiendo que se han producido: “Hemos observado con cierta frecuencia que, entre el momento de la llamada para concertar la cita y la primera entrevista, suelen producirse ya algunas pequeñas mejorías. ¿Qué mejorías han notado Uds.?” A continuación se realiza el trabajo de ampliar y anclar descrito más arriba.

*Excepciones.* Son las situaciones en las que se espera pero no se da el problema (en el caso del ejemplo, el padre tiene todas las semanas algún día en el que no bebe), pero también aquellas en las que el problema se da con menor intensidad, duración o frecuencia (hay días en los que bebe, pero para antes; hay días en los que bebe menos; hay días en los que consume bebidas menos fuertes). De nuevo, el punto clave es no sólo detectar posibles diferencias, sino seguir conversado sobre ellas hasta lograr que el cliente las concrete y asuma cierto grado de control sobre ellas. En este sentido, es fundamental comenzar ampliando hasta conseguir una buena descripción de la excepción, en términos conductuales y concretos, para después empezar a atribuir control. De esta forma conseguiremos co-construir “excepciones deliberadas”, es decir, no sólo situaciones en las que el problema no se da, sino situaciones en las que los consultantes

son capaces de identificar que actuaron de determinada manera, repetible y replicable, de modo que podrán hacerlo más en un futuro.

*Preguntas de escala.* Invitan a los miembros de la familia a puntuar algo entre 0 y 10 (o entre 1 y 10). La escala más utilizada es la Escala de Avance: “Si 10 es que estos problemas están del todo superados, y 1 cuando peor estaban, ¿dónde diríais que están ahora las cosas?”. Otras variaciones son la Escala de Confianza (“De 0 a 10, donde 10 es que tienes toda la confianza del mundo en que vas a ser capaz de mantener estos cambios positivos y 0 lo contrario, ¿dónde te situarías?”), la Escala de Decisión (“¿Cómo estás de decidido de 0 a 10, 10 es que estás completamente decidido a no probar el alcohol en esta semana, y 0 lo contrario?”). La utilidad de las escalas reside en que permiten descomponer situaciones dicotómicas y crear un amplio rango de matices entre dos posiciones extremas. En cualquier caso, lo importante es trabajar con las respuestas que los consultantes nos den, primero ampliando el punto en el que se sitúan (“Así que dirías que ahora tenéis una comunicación de 8. ¿Qué entra en ese 8, qué ha mejorado respecto de cuando estabais en el 1?” “¿Y qué más entra?”), después atribuir control (“¿Cómo habéis conseguido subir de 1 a 8?” “¿Qué dirías que ha puesto tu marido de su parte?”) y finalmente negociar el paso siguiente (“¿Cuál sería la primera señal de que vuestra comunicación está ya en un 9?” “¿Qué podrías hacer para que fuera un poco más sencillo subir hasta ese 9?”).

*Preguntas de afrontamiento.* Sirven para conversar sobre los recursos de la familia en situaciones negativas, incluso de extrema adversidad. Cuando no es posible identificar excepciones o mejorías, es preferible no empeñarse en encontrar excepciones a toda costa, y en lugar de ello adaptarse a la postura negativa de los consultantes “¿Qué estás haciendo para sobrellevar todos estos problemas?” “¿Cómo consigues seguir levantándote por las mañana y atender a tus hijos, pese a todo?”.

*Secuencia pesimista.* Es un paso más en la línea anterior. Aquí la terapeuta no sólo renuncia a buscar excepciones, sino que adopta una postura incluso más negativa que la de los propios consultantes: “¿Cómo es que no habéis tirado la toalla, en vista de las dificultades?” “¿Os habéis planteado dar a vuestro hijo en adopción?”. Está indicada cuando los consultantes responden las preguntas más directas de forma negativa y pesimista, o cuando expresan abiertamente su falta de esperanza en que las cosas puedan mejorar.

*Prevención de recaídas.* Aunque la mayoría de los autores centrados en soluciones no suelen describirla, a nosotros esta técnica nos parece fundamental, especialmente en la intervención con

problemas que suelen cursar con recaídas, como los hábitos autodestructivos (Selekman y Beyebach, 2013). Eso sí, optamos por hacer prevención de recaídas centrada en soluciones (Beyebach, 2006). Se trata de investigar primero qué factores podrían precipitar un retroceso terapéutico o una recaída, y luego discutir los planes de acción de la familia: “Imaginaos que pese a vuestras buenas intenciones volvéis a enfadaros y estáis a punto de tener una pelea. ¿Cuál es vuestro plan para evitarla?” “Y si, pese a todo, la pelea se produjese, ¿qué podríais hacer para detenerla?” “Imaginaos que la pelea no sólo se produce, sino que no conseguís detenerla y se os va de las manos. ¿Qué ideas tenéis sobre cómo volver a hacer las paces?”

Además de las técnicas de entrevista, otros dos instrumentos al servicio del cambio en la terapia familiar centrada en las soluciones son:

*Elogios.* Consisten en señalar aquellas cosas que los clientes están haciendo bien, que les ayudan o de las que pueden estar orgullosos. También se pueden elogiar cualidades, valores y relaciones, procurando que los elogios incluyan a todos los miembros de la familia. Habitualmente los elogios se reservan para el mensaje final. A diferencia de la connotación positiva sistémica, que puede tener un cierto matiz estratégico e incluso manipulador, los elogios deben ser genuinos, ya que de otra forma resultarían poco creíbles.

*Tareas.* Se trata de sugerir a la familia algo para pensar o hacer en el espacio entre sesiones. Las tareas se derivan de lo hablado en la entrevista y se procura que sean lo más simples que resulte posible. Para asegurarse de que los clientes lleven a cabo las propuestas, la terapeuta centrada en soluciones sólo propone tareas a aquellos consultantes que se muestren dispuestos a hacerlas; a aquellos que se presenten en posición de “visitantes”, es decir, que no consideran que haya un problema, solamente se les elogia (De Shazer, 1991). Tareas típicas en TBCS son sugerir a los miembros de la familia que dos días por semana simulen, en secreto, que ha ocurrido el “milagro”; estar atentos a todos aquellos momentos en los que sientan que están un punto más arriba en la escala de avance; o pedirles que se fijen en qué hacen diferente en las ocasiones en que se produce una excepción. Además, hay un gran número de tareas procedentes de otros enfoques pero fácilmente integrables en un planteamiento centrado en soluciones (Beyebach y Herrero de Vega 2010).

## **5. EJEMPLO DE CASO: “LA INDEPENDENCIA DE VERO”**

María, una mujer casada de 40 años, llamó preocupada por su hija Vero, de 16. Por teléfono explicó que últimamente sus notas habían bajado mucho, que estaba “insoportablemente rebelde” y que sospechaba que su novio la pudiera estar maltratando psicológicamente. Unos días antes Vero había hecho el amago de escaparse de casa y en esa ocasión los padres habían descubierto que tenía cortes en los brazos. Como los dos hermanos mayores de Vero, de 24 y 26 años, vivían fuera de Salamanca, invité a la sesión a la chica y a los padres, María y Juan.

Comencé la primera entrevista con una amplia fase social, en la que Vero y sus padres, inicialmente taciturnos, terminaron compartiendo conmigo sus intereses y aficiones en un clima desenfadado. Cuando les pregunté qué les gustaría llevarse de la terapia, Vero respondió que ella sólo quería que sus padres la dejaran “respirar”, que dejaran de atosigarla y empezaran a tratarla como una adulta; los padres, por su parte, exigían que su hija volviera a ser “más normal”, menos agresiva con ellos y que volviera a sacar buenas notas en el instituto. Además, les preocupaba el tema de los cortes, entre otras cosas porque temían que su hija pudiera suicidarse. Exploré brevemente la cuestión con Vero, que explicó que no tenía ninguna intención de matarse y que sólo se cortaba muy de vez en cuando, como una forma de “descargar” cuando la tensión en casa o en el instituto le resultaba insoportable. Tuve que parar varias veces las incipientes discusiones entre padres e hija, pero finalmente pude encauzar la conversación para que los padres escucharan a Vero. Pasamos entonces a establecer algunos objetivos comunes: los tres estuvieron de acuerdo en que les gustaría poder estar tranquilos en casa, lo que se reflejaría en que habría más conversaciones distendidas y en que verían la tele juntos de vez en cuando; también acordaron que otro objetivo era que Vero no volviera a cortarse y aprobara todas las asignaturas en los exámenes de junio.

La Pregunta Milagro les produjo cierta sorpresa, pero terminó dando mucho juego. En el milagro de Vero, su madre llamaría a la puerta cuando quisiera entrar en la habitación de su hija, en vez de entrar subrepticamente para controlar si estaba estudiando; Vero, a su vez, estaría más dispuesta a charlar con su madre en esos momentos. Además, el tema de los estudios dejaría de invadir todas las conversaciones, y ella y su padre volverían a hacerse las bromas que se hacían antes. Vero también quería que sus padres no criticaran constantemente a su novio Manuel, e incluso que comieran algún día los cuatro juntos. Eso, a su vez, le permitiría a ella a ocultar menos información y ser más sincera con sus padres. En el futuro preferido de Juan y de María aparecía también una Vero más sonriente y más parlanchina, que en vez de encerrarse en su habitación, enfurruñada, pasaría más tiempo charlando con ellos pero también estudiando. Verla

así les llevaría a confiar más en su hija. Aunque el padre dijo que se negaba a comer con “ese novio cafre” de su hija, la madre recogió el guante y expresó que en su milagro sí se imaginaba al chico pasando alguna vez por casa. Cuando pregunté a los padres qué harían diferente una vez que hubieran recuperado la confianza en su hija, convinieron que probablemente harían algún viaje de fin de semana los dos juntos, sin temor a dejarla sola en casa.

En la Escala de Avance, Vero valoró la situación actual en un 3, la madre dio también un 3 y el padre rebajó la calificación a un 2. Entre las mejorías producidas respecto del 0, los tres destacaron el hecho de haberse puesto de acuerdo para venir a la sesión; Vero también mencionó que le había salido bien un examen, y la madre destacó que en los últimos días había podido hablar “un poco más” con su hija. Traté de ampliar algo más esta descripción de mejorías, pero no obtuve ninguna información adicional.

En este punto, y siguiendo las ideas sobre el trabajo con adolescentes de Matthew Selekman (2003), decidí ver por separado a los padres y a Verónica. Los padres aprovecharon la ausencia de su hija para hablarme de su preocupación por el posible maltrato psicológico que el novio de Vero ejercía sobre ella. Habían observado que últimamente Vero apenas salía con sus propias amigas y que a menudo volvía a casa, tras las citas con su novio, deprimida o enfadada; ellos sospechaban que los cortes se producían en esos momentos. Además, el padre añadió que temía que su hija pudiera realmente escaparse de casa e irse a vivir con su novio. Cuando les pregunté qué idea tenían sobre cómo podían ayudar a Vero en este tema, reconocieron que en realidad no podían hacer más de lo que estaban haciendo: estar a la expectativa, dispuestos a ayudar a su hija si ella se lo solicitaba, pero sin presionarla “para no echarla en los brazos de él”. Les animé a seguir en esta línea y pasé a hablar con Vero.

Cuando puse sobre la mesa la preocupación de sus padres respecto de su novio, Vera se puso inicialmente a la defensiva insistiendo en lo mucho que le quería, pero luego reconoció que en su día el chico había conseguido controlarla en casi todos los aspectos de su vida; ella se había dado cuenta y estaba empezando a ponerle en su sitio. Me interesé vivamente por este cambio pretratamiento y Vero me explicó que últimamente había empezado a “pararle los pies a Manuel” y que había vuelto a llamar a sus propias amigas para quedar con ella. Charlamos un rato sobre cómo había tenido esa buena idea, y cómo estaba consiguiendo llevarla a cabo, y exploré también qué otras ideas tenía Vero para seguir recuperando su independencia. Después pregunté por los cortes. Vero reconoció que la mayoría de las veces que se había cortado era porque había



tenido alguna pelea con su novio, pero añadió que desde que le estaba poniendo límites, estaba haciendo lo mismo con los cortes. Exploré de qué forma Vero había logrado limitar los cortes, e identificamos varias estrategias útiles: llamar a una amiga para desahogarse, darse una ducha caliente y escuchar “música cañera”. La elogí por su sensatez, validé su amor por Manuel y apoyé su decisión de ser “una mujer enamorada pero independiente”.

Tras hacer una pausa, di un mensaje final conjunto a la familia. Elogí su determinación de recuperar la buena relación entre ellos, les recordé que seguramente conseguirlo exigiría trabajo duro y manifesté mi confianza en que serían capaces de hacerlo, gracias al cariño mutuo que habían demostrado en la sesión así como por los objetivos que compartían. Después les propuse que al menos dos días por semana simularan, en secreto, alguna pequeña parte del milagro que habían descrito; la misión de cada uno sería no sólo simular el milagro sino tratar de “pillar” a los demás cuando lo simularan.

En la *segunda sesión*, dos semanas más tarde, la situación había mejorado. Los “días del milagro” la madre se había esforzado por no entrar en la habitación de su hija ni una sola vez, y Vero se sentía menos presionada y agobiada en el tema de los estudios. Eso la había ayudado a concentrarse mejor al estudiar y también a estar más relajada en casa: había mantenido algunas charlas sobre política con su padre y la tarde anterior, tras repasar un examen, se había quedado en casa viendo una película con su madre. Tras ampliar un estos cambios y entender qué habían puesto cada uno de su parte, planteé de nuevo la Escala de Avance, comprobando que la situación había subido a un 5 (Vero), un 4.5 (la madre) y a un 4 (el padre). Cuando negociamos qué sería una pequeña señal de que habían subido un punto más, Vero comentó que le gustaría ver a su padre hablando de su novio “sin criticarle”; el padre, a su vez, expresó que hasta que él no comprobara que las notas habían mejorado “no daría el 5”; y para María, una señal de 5 sería ver a su hija volver sonriendo a casa por la noche.

Hablé brevemente a solas con Vero, interesándome por los nuevos pasos hacia la independencia que había conseguido dar con su novio. Me contó, satisfecha, que había salido dos noches con sus amigas sin cogerle el teléfono y que luego se había mantenido firme cuando él la había criticado por ello. Curiosamente, a partir de ese momento, el chico se había mostrado “más cariñoso y atento con ella”, y ella no había vuelto a cortarse. Vero aprovechó para contarme que en realidad estaba muy preocupada por los exámenes; que sus padres confiaran más en ella le quitaba parte de la presión y le permitía estudiar mejor, pero por momentos era ella misma la que

perdía la confianza en su propia capacidad. “Entonces me empiezo a agobiar y a pensar que me va a salir mal, y me bloqueo”. Decidí explorar en qué notaría Vero que aumentaba su confianza en ella misma. Respondió que sentiría una mayor confianza si era capaz de ponerse a estudiar antes, al menos una semana antes de un examen, y el día anterior dedicarse sólo a repasar, y si podía ir a los exámenes sin ir pensando “la voy a cagar”. Cuando exploré qué frase le gustaría decirse a sí misma, pensó un momento y me dijo “Has estudiado un montón y mereces aprobar. ¡¡Adelante!!”. La elogí por sus buenas ideas y le sugerí que practicara esa frase; además, le propuse que estuviera atenta a todas las demás cosas que aumentaran su confianza.

En mi mensaje final conjunto elogí los avances producidos, previne a la familia acerca de posibles momentos de “bajón” o aparente retroceso, y les sugerí que estuvieran atentos a todos los momentos en los que estuvieran un punto más arriba en la escala.

En la *tercera sesión*, tres semanas más tarde, padre e hija empezaron pesimistas, refiriendo una fuerte discusión que habían tenido el día anterior por un desacuerdo en los horarios de salida. Sin embargo, la conversación posterior reveló que en realidad la casi totalidad de las tres semanas había sido positiva, con una Vero mucho más centrada y tranquila, que estaba recuperando la confianza en sí misma y que sabía apreciar que sus padres le dejaban más libertad. Es más, había conseguido aprobar todas las asignaturas excepto una, incluso con algún notable. De hecho, sin contar los dos últimos días, el tiempo desde la última sesión merecía un 7 en la escala para Vero, y un 6 para los padres. Dedicamos un tiempo a hablar sobre cómo podían recuperar este “nivel 6/7” y no sin cierto esfuerzo la familia pudo identificar los pasos siguientes: ayudaría que padre e hija se fueran a dar un paseo juntos (algo que no hacían desde que habían empezado los problemas), y que los padres ampliaran el horario de salidas de su hija, quien a su vez se comprometería a respetarlo más. Hablé brevemente con Vero, que me contó que los buenos resultados habían aumentado su confianza en ella misma, y que eso parecía también haberla ayudado en el tema de los cortes, que no habían vuelto a producirse.

En la *cuarta sesión*, un mes más tarde, la situación se había encauzado completamente. Vero se veía ya en un 8.5 en la escala, y los padres “casi en el 8”. De hecho, el fin de semana anterior habían hecho un viaje a Cádiz, dejando a su hija sola con total tranquilidad. Vero no había vuelto a cortarse, y la relación con su novio era “mucho más tranquila”, algo que los padres también habían llegado a percibir. Dedicamos la sesión a ampliar y anclar las mejorías y a hacer prevención de recaídas y fijamos una sesión para dos meses más tarde. Puesto que entonces las

cosas seguían bien en la familia y también en el plano académico, acordamos no concertar otra cita en principio, y tener un contacto telefónico al final de curso. Durante esta breve conversación, tanto Vero como su madre confirmaron que las cosas seguían bien. En nuestro seguimiento telefónico, un año más tarde, la madre informó que las cosas seguían “completamente normales” y, aunque Vero seguía saliendo con el mismo chico, la situación estaba “al menos en un 9 en la escala”.

## 6. EL FUTURO DE LA TBCS

Es difícil aventurar en qué línea se desarrollará la TBCS en la próxima década. Es probable que se siga aplicando a contextos nuevos (a título de ejemplo curioso, véase el reciente estudio sobre la intervención centrada en soluciones con jugadores de golf, Bell, 2009) y que se sigan refinando algunos de sus procedimientos. A nuestro entender, existen tres líneas de desarrollo especialmente prometedoras:

- a) La integración teórica de la TBCS con otros enfoques de terapia familiar breve, tal y como han propuesto diversos autores (Beyebach, 2009, Quick, 2008, Saggese y Foley, 2000, Selekman, 1993; Selekman y Beyebach, 2013). Esta integración se inscribiría en el mandato de “si no funciona, haz algo diferente” que el propio Steve de Shazer recogió de su paso por el M.R.I., y por tanto resulta coherente con la tradición en la que se inscribe la TBCS.
- b) La integración técnica de algunos procedimientos de TBCS dentro de otros modelos, es decir, la exportación de técnicas de TBCS hacia otros enfoques planteamiento. Por ejemplo, las técnicas de proyección al futuro podrían tener buen acomodo dentro de las terapias cognitivas. O las preguntas de escala, en el trabajo más experiencial.
- c) Ya en el terreno de los valores, la aplicación generalizada de los principios centrales de la TBCS (colaboración, respeto a los consultantes, empoderamiento) en todo tipo de situaciones de atención a usuarios, desde la enseñanza universitaria hasta el parto natural no-intervenido, pasando por la resolución de conflictos comunitarios o la mejora en la comunicación con la administración. En este sentido, nos parece que la visión centrada en soluciones, al igual que sucede con la visión ecológica e interaccional que comparten

todos los modelos de terapia familiar sistémica, tiene todavía que hacer importantes aportaciones para mejorar la calidad de nuestra vida social, cultural e incluso política.

## LECTURAS RECOMENDADAS

**Berg, I.K. & Miller, S. (1996). Trabajando con el problema del alcohol. Barcelona: Gedisa.**

Un texto sencillo que utiliza la intervención en los problemas con el alcohol para ilustrar los presupuestos teóricos y las estrategias de intervención de la TBCS. Es la lectura ideal para una primera introducción a este modelo. Otro buen texto introductorio es el clásico **“En busca de soluciones” (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).**

**De Shazer, S. (1999). En un origen las palabras eran magia. Barcelona: Gedisa.** A mi juicio

el mejor libro de Steve de Shazer de entre los que a fecha de hoy están publicados en castellano. La primera parte ofrece una discusión de tipo filosófico sobre las bases conceptuales del modelo, mientras que la segunda se articula en torno a varias transcripciones de entrevistas reales, proporcionando una verdadera ventana sobre el proceso terapéutico. Un texto de similar calidad, aunque más actual y aún no traducido, es el manual póstumo de Steve de Shazer **“More than miracles” (de Shazer et al., 2007).**

**Franklin, C., Trepper, T.S., Gingerich, W., & McCollum, E. (2012). Solution-focused Brief Therapy. A handbook of evidence-based practice. New York: Oxford University Press.** Este

libro recoge el “estado de la cuestión” en TBCS mediante una completa y actualizada compilación de textos que examinan desde diferentes ángulos la evidencia empírica a favor de la TBCS. Se describen los orígenes del modelo, se proponen y evalúan diferentes instrumentos de medida adecuados para TBCS, se revisa la investigación realizada hasta la fecha y se incluye una amplia selección de capítulos sobre la aplicación de la TBCS en contextos y con poblaciones diversas.

**Beyebach, M. (2006) 24 ideas para una psicoterapia breve. Barcelona: Herder.** Este trabajo

presenta y analiza en detalle 24 técnicas de entrevista y/o intervención, la mayoría de ellas centradas en soluciones, aunque incluye también procedimientos estratégicos y narrativos como la redefinición, el uso de metáforas o el manejo de recaídas. Un manual de entrenamiento en técnicas de terapia familiar breve, práctico y sencillo.

**Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). 200 tareas en terapia breve individual, familiar y de pareja. Barcelona: Herder.** Se trata de una compilación de tareas terapéuticas, muchas de ellas encuadradas en la TBCS y otras con orígenes diversos pero integrables en una terapia breve colaborativa. Para cada una de las 200 tareas se presenta una ficha con sus características principales, su grado de dificultad y las principales indicaciones y contraindicaciones.

**Selekman, M. (1996). Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. Barcelona: Gedisa.** Matthew Selekman integra los procedimientos de la TCS dentro de un marco más amplio, que él denomina *Terapia Familiar Breve Basada en Fortalezas*. Una lectura de interés no sólo para quienes trabajen con adolescentes y sus familias, sino también para quienes deseen conocer cómo se pueden combinar los procedimientos centrados en soluciones con otros modelos de terapia familiar.

## REFERENCIAS

- Adams, J.F., Piercy, F.P., y Jurich, J.A. (1991). Effects of solution-focused therapy's "formula first session task" on compliance and outcome in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 277-290.
- Bannink, F. (2007). Solution-focused mediation: The future with a difference. *Conflict Resolution Quarterly*, 25, 163-183 (en la plataforma).
- Bavelas, J.B., Coates, L., y Johnson, T. (2000). Listeners as co-narrators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 941-952.
- Bell, R.J. (2009). Decreasing putting yips in accomplished golfers via solution-focused guided imagery: a single-subject research design. *Journal of Applied Sport Psychology*, 21: 1-14, 2009.
- Berg, I.K., y Dolan, Y. (2001) *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*. New York: Norton.
- Berg, I.K. (1994). *Family-based services: a solution-focused approach*. New York: Norton.
- Berg, I.K., y Kelly, S. (2000). *Building solutions in child protective services*. New York: Norton.
- Berg, I.K., y Miller, S.D. (1992). *Working with the problem drinker*. New York: Norton.
- Berg, I.K. and Reuss, N.H. (1998). *Solutions step by step. A substance abuse treatment manual*. New York: Norton.

- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M. (2009). Integrative brief solution-focused therapy: a provisional roadmap. *Journal of Systemic Therapies* (28, 3), 18-35.
- Beyebach, M. Estrada, B. y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la Terapia Centrada en las Soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *MOSAICO, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar.*, 36, pp. 33-41
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve individual, familiar y de pareja*. Barcelona: Herder.
- Cockburn, J. T., Thomas, F. N., y Cockburn, O. J. (1997). Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7, 97-106.
- Corcoran, J. (2012). Review of outcomes with children and adolescents with externalizing behaviour problems. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.121-129). New York: Oxford University Press.
- de Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy. An ecosystemic approach*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23, 11-17.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- de Shazer, S.. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton
- de Shazer, S. y Berg, I.K. (1992). Doing therapy: a post-structural re-vision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 71-81.
- 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., McCullom, E., y Berg, I. K. (2007). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: Haworth.
- De Shazer, S., y Isebaert, L. (2003). The Bruges model: A solution-focused approach to problem drinking and substance abuse. *Journal of Family Psychotherapy*, 14, 43-52.

- Eakes, G., Walsh, S., Markowski, M., Cain, H., y Swanson, M. (1997). Family-centred brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study. *Journal of Family Therapy*, 19, 145-158.
- Estrada, B. y Beyebach, M. (2007) Solution-focused therapy with depressed prelocutive deaf persons. *Journal of Family Psychotherapy* (18,3), 45-63. ISSN 0897-5353.
- Fisch, R. y Schlangner, K. (2000). *Brief therapy with intimidating cases*. New York: Norton.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1982). *The tactics of change*. New York: Norton.
- Franklin, C. y Streeter, C. (2004). *Solution-focused alternatives for education: an evaluation of Gonzalo Garza Independence High School*. University of Texas at Austin. 2008
- Gingerich, W.J., Kim, J.S., Stams, G.J.J, y MacDonald, A., (2012). Solution-focused brief therapy outcome research. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.).*Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.95-111). New York: Oxford University Press.
- Gingerich, W.J., y Peterson, L.T. (2012). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23, 266-283.
- Grant (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. *Social Behavior and Personality*, 31, 253-264.
- Healing, S., y Bavelas, J.B. (2011). Can questions lead to change? An analogue experiment. *Journal of Systemic Therapies*, 30, 30-47.
- Jacob, F. (2001). *Solution-focused recovery from eating distress*. London: Brief Therapy Press.
- Kim, J.S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18, 107-116.
- Kim, J.S. (2012). A systematic review of single-case design studies on solution-focused brief therapy. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.).*Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.112-120). New York: Oxford University Press.
- Knekt, P. y Lindfors, O. (2004). *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up*. Studies in social security and health, no. 77. The Social Insurance Institution, Helsinki, Finland.

- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T. et al. (2008). Randomized trial on the effectiveness of longand short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine* 38, 689-703.
- Kollar, C.A. *Solution-focused pastoral counseling: an effective short-term approach for getting people back on track*. Zondervan, 2010.
- Lindforss, L., y Magnusson, D. (1997). Solution-focused therapy in prison. *Contemporary Family Therapy*, 19, 89-104.
- Lipchik., E. (2002). *Beyond technique in solution-focused therapy: working with emotions and the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press.
- Lipchik, E. y de Shazer, S. (1986). The purposeful interview. *Journal of Strategic & Systemic Therapies*, 5, 88-99.
- Lipchik, E., Derks, J., Lacourt, M., y Nunnally E. (2012). The evolution of solution-focused brief therapy. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.) *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.3-19). New York: Oxford University Press.
- Lloyd, H., y Dallos, R. (2008). First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intelectual disabilities: Mothers´ experiences and views. *Journal of Family Therapy*, 30, 5-28.
- MacMartin, C. (2008). Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies. En A.Perkyla, C. Antaki, S. Vehvilainen, y I. Leudar (Eds.), *Conversational analysis and psychotherapy* (pp. 80-99). New York: University Cambridge Press.
- McCollum, E.E., Stith, S.M., y Thomsen, C.J. (2012). Solution-focused brief therapy and medication adherence with schizophrenic patients. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.).*Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.196-202). New York: Oxford University Press.
- 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.
- McKeel, J. (2012). What Works in solution-focused brief therapy: a review of change process research. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.).*Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.130-143). New York: Oxford University Press.
- McKergow, M. (2012). Solution-focused approaches in management. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.).*Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.3-19). New York: Oxford University Press.



- McAllister M. (2007) *Solution Focused Nursing: Rethinking Practice*. Basingstoke: Macmillan Palgrave.
- Murphy, J. J. (2008, March). *Solution-focused counseling in schools*. Based on a program presented at the ACA Annual Conference & Exhibition, Honolulu, HI.
- Quick, E. (2008). *Doing what works in brief therapy. A strategic solution focused approach*. London: Academic Press.
- Rodríguez Morejón, A. (1993). *Un modelo de agencia humana para analizar el cambio en psicoterapia. Las expectativas de control en terapia sistémica breve*. Tesis doctoral no publicada. Salamanca: Universidad Pontificia.
- Saggese, M.L. y Foley, F.W. (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.
- 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. ISI 1091-7527
- Selekman, M. (1993). *Pathways to change: Brief therapy solutions with difficult adolescents*. New York: Guilford Press.
- Selekman, M. y Beyebach, M. (2013). *Changing self-destructive habits. Pathways to solutions with couples and families*. New York: Routledge.
- Smock, S.A., Trepper, T.S., y Wetchler, J.L. (2008). Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 107-120.
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K., y De Vries, L., (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Tijdschrift voor gedragstherapie*, 39, 81-94.
- Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety*. New York: Norton.
- Vogelaar, L., Van 't Spijker, A., Vogelaar, T., Van Busschbach, J.J., Visser, M.S. Kuipers, E.J., y van der Woude, C.J. (2011). Solution focused therapy: A promising new tool in the management of fatigue in Crohn's disease patients Psychological interventions for the management of fatigue in Crohn's disease. *Journal of Crohn's and Colitis* (2011) 5, 585–591
- Watzlawick P. y Weakland J. H. y Fisch R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.