



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

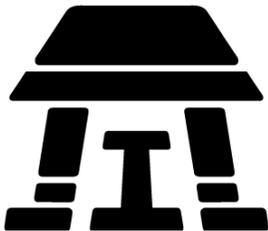
P R E S E N T A (N)

ESTEFANY ALEJANDRA ZARAGOZA PÉREZ

Directora: Mtra. Claudia Elisa Canto Maya

Dictaminadores: Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera

Lic. Irma Herrera Obregón



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Abril 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Gracias por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía, gracias por llenar mi vida de dichas y bendiciones.

A mis padres:

Le agradezco de todo corazón por su amor, cariño y comprensión. Siempre serán mi inspiración para alcanzar mis metas. A ustedes les debo el estar aquí, por haber formado esta hermosa familia a la que pertenezco. Gracias a ustedes dos porque sin ustedes no sería lo que hoy soy. Porque a pesar de todo siempre han confiado en mí. Sabiendo que no habrá una forma de pagar todos sus sacrificios y esfuerzos, quiero que sientan que este objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo. Los amo.

A mi hermana:

Por estar conmigo en las buenas y en las malas. Gracias por cada momento en nuestras vidas, por soportar mis cosas, por ayudarme a salir adelante luchando contra todo. Porque sin ti y mis papás no sería nada. Te amo.

A mi hijo:

Aunque llevas muy poco en este mundo, has llegado a iluminar mi vida, eres el impulso que faltaba para lograr esta meta. Me inspiras y haces que todo lo que pasa día a día tenga significado. Te amo como jamás imagine amar a nadie.

A mi familia:

A cada una de esas personas que Dios me regalo como familia por estar junto a mí, por enseñarme lo importante de la vida, los valores, lo que es el amor, el respeto y lo importante de la unión. Porque en todo momento estaban conmigo, por soportarme en buenos y malos momentos y porque siempre supieron que lo lograría. Los amo.

A mis hermanas por elección (mis amigas):

Son personas maravillosas, gracias por compartir mis cosas y darme consejos. Por su confianza, amor y lealtad, por cada uno de esos momentos juntas, que serán para siempre. Por estar junto a mí en todo momento. Las amo.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala:

No tengo palabras para agradecer la oportunidad que me brindaron al ingresar en sus aulas, por las herramientas que me brindaron, por la enseñanza que a través de sus profesores me otorgaron para poder formarme como persona y profesional.

Para todos ustedes con todo mi cariño y admiración.

ÍNDICE

 <i>Introducción</i>	7
---	---

Capítulo 1. Historia

1.1 Antecedentes de la psicoterapia.....	9
1.2 Desarrollo de la psicoterapia sistémica.....	16
1.3 Enfoque de terapia breve centrado en soluciones.....	21

Capítulo 2. Métodos de evaluación e intervención de la terapia sistémica

2.1 Formación del sistema terapéutico.....	29
2.1.1 Encuadre.....	29
2.1.2 Análisis de la demanda.....	32
2.1.3 Cambio.....	33
2.3.2 Intensidad.....	34
2.2 El proceso terapéutico.....	34
2.2.1 Evaluación y diagnóstico.....	35
2.3 Técnicas de intervención.....	36
2.3.1 Escenificación.....	36
2.3.2 Enfoque.....	39
2.3.3 Repetición del mensaje.....	40
2.3.4 Repetición de interacciones isomorficas.....	41
2.3.5 Modificación del tiempo.....	41
2.3.6 Cambio de la distancia.....	41

2.3.7 Reestructuración.....	42
2.3.8 Establecimiento de límites.....	43
2.3.9 La paradoja.....	44

Capítulo 3. Métodos de evaluación e intervención en el enfoque de terapia breve centrado en soluciones

3.1 Evaluación y determinación de objetivos terapéuticos.....	45
3.1.1 Entrevista inicial.....	49
3.1.2 Entrevista motivacional.....	51
3.1.3 Búsqueda de excepciones.....	53
3.2 Proceso terapéutico.....	54
3.2.1 Autocontrol y solución de problemas.....	54
3.2.2 Retroalimentación.....	56
3.2.3 Improvisación.....	57
3.3 El cierre.....	59
3.3.1 Cierre por deserción.....	59
3.3.2 Evaluación y cierre.....	60
3.3.3 Seguimiento y cierre.....	61

Capítulo 4. Áreas de aplicación

4.1 Psicología clínica.....	62
4.1.1 Terapia individual.....	62
4.1.2 Terapia familiar.....	64
4.1.3 Terapia de pareja.....	65

4.2 Psicología de la salud.....	67
4.3 Psicología educativa.....	69
 <i>Conclusiones</i>	71
 <i>Bibliografía</i>	74

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia ha sido una disciplina que considerada como un intento de proponer respuestas en un proceso de búsqueda del ser humano. A lo largo de la historia han habido una serie de actividades y profesiones que han tenido como objetivo atender a los seres humanos en sus momentos difíciles (Ramos, 2005).

En la actualidad, dadas las dinámicas de vida, la terapia breve ha tomado un papel central en la evolución de la Psicoterapia. El andar cotidiano tan de prisa, lleva a la generación de diversos conflictos ocasionados tanto por el estrés, como por la distancia en las relaciones sociales y sobre todo el cambio en los hábitos y costumbres culturales.

Estas modificaciones al estilo de vida demandan una terapia más corta pero efectiva, en donde los cambios puedan ser reflejados de manera casi instantánea para no distraer a los consultantes de las demás tareas con las que deben cumplir.

De este modo, la psicoterapia tendrá, por necesidad, que recoger esa demanda de cambio, la perspectiva y de valores y por tanto de actitudes y sentimientos, que va aflorando de formas diversas y en ambientes distintos (Ramos, 2005).

En este sentido, la Terapia Centrada en Soluciones (TCS), ofrece una alternativa a la demanda actual de nuestra sociedad, siendo ésta una propuesta emergida del enfoque sistémico en donde se toman en cuenta todos los elementos que componen al sistema que genera el problema y por ende la solución. La TCS está basada en las propias soluciones y excepciones de los clientes a sus problemas, es aplicable a la mayoría de las dificultades que enfrentan (Lee y Oshlag, 2007; citados por Aramayo, 211).

Es por esto, que el presente trabajo pretende explorar el desarrollo de la Terapia Centrada en Soluciones (TCS), indagando un poco sobre los modelos psicológicos que la antecedieron e influyeron. Así como las diferentes estrategias terapéuticas utilizadas en ella.

Por ende, el objetivo de esta investigación teórica es describir en que consiste la terapia centrada en soluciones a través de la revisión de diferentes materiales bibliográficos para así conocer la utilidad de esta psicoterapia.

Para dar comienzo a este trabajo, se hará un recorrido breve por la historia de la Psicoterapia, desde sus antecedentes pre - científicos hasta la actualidad, centrándonos en los enfoques más reconocidos y con mejores resultados en nuestra cultura y que nos permitan aterrizar en los modelos de terapia breve, para así marcar una comparación y analizar ventajas y desventajas de las propuestas teóricas.

1. HISTORIA

1.1 Antecedentes de la psicoterapia

El término psicoterapia, genéricamente se puede vincular a la idea de tratamiento (terapia) con una peculiaridad mental o psíquica que supuestamente caracteriza al ser humano. Sin embargo, también se trata de un término polisémico que contiene un sinnúmero de implicaciones, tanto teóricas como pragmáticas, que se han reflejado en la gran cantidad de modalidades psicoterapéuticas que proliferaron durante el siglo XX, lo mismo que muchos cuestionamientos relacionados con una controvertida práctica social de dudoso trasfondo ideológico, de opresión y control (Foucault, 1963; Szasz, 1985; citados por Limón, 2005).

En la literatura de la antigua Grecia, numerosos trabajos han rastreado el origen de la psicoterapia en la función curativa de la palabra en la Grecia clásica. El «ensalmo» o «conjuro» (epodé) es la primera forma conocida de curación por la palabra. El uso terapéutico de la epodé es mencionado por primera vez en la Odisea. Sin embargo, las palabras del ensalmo no se dirigen al enfermo, sino a las fuerzas que rigen el curso de la naturaleza (Fraguas, 2007).

Michael Frampton (1988; citado por Fraguas, 2007) defiende que, desde la antigua Grecia hasta la actualidad, los estudiosos del concepto de *psykhé* se han dividido en dos facciones, el «fiscalista», que comienza con Homero, los poetas arcaicos griegos y los presocráticos, y el «mentalista», iniciado por Sócrates y Platón. William Guthrie (2005; citado por Fraguas, 2007) ha defendido que para Platón la *psykhé* era el verdadero yo.

Esta palabra curativa, lo es ya por su función psicológica, cuyo fundamento curador fue llamado en la Grecia clásica “persuasión”. La Persuasión o Peitó, “la única tirana de los hombres”, comenzó siendo la diosa de la seducción erótica, pero pronto adquirió también el patronazgo de la eficacia persuasiva de la palabra (Eurípides, 1999; citado por Fraguas, 2007). Peitó, “diosa de la seducción amorosa

y del decir persuasivo, [...] no fue otra cosa que una personificación de la eficacia psicológica y social de la palabra” (Laín, 2005; pag. 98). Esta nueva acepción de la epodé, palabra curativa de acción psicológica, no significa ya ensalmo mágico dirigido a los dioses, sino palabra dicha al hombre sufriente (Fraguas, 2007).

El primero que hizo de la palabra una herramienta psicoterapéutica por su propia acción psicológica fue Sócrates en el contexto de la mayéutica (Fraguas, 2007). Foucault (1963; citado por Limón, 2005) señala que, de acuerdo con los textos que van desde los primeros diálogos platónicos hasta los grandes textos del estoicismo tardío, en el mundo griego el cuidado de uno mismo era el modo mediante el cual la libertad individual contenía un importante contenido ético, pero de una ética que tenía que ver con la manera de conducirse en sociedad.

Platón anticipa el valor de la relación terapéutica en la acción curativa de la palabra. Con el fin de que la epodé consiga la *sophosyne* en el alma de Cármides, Critias le recomienda que se someta al ensalmo de Sócrates y que no se aparte de él «ni poco ni mucho» (Fraguas, 2007; pag. 180). Es decir, la curación por la palabra aparece mediada por la existencia de una relación entre el curador y el enfermo (Lear, 1993; citado por Fraguas, 2007).

El vínculo entre la palabra curativa y la relación entre el que la pronuncia y el que la escucha se asienta a menudo en el valor purificador —catártico— de la palabra dicha. La *kátharsis* —que, como concepto religioso, filosófico o médico, alude a la limpieza y a la purificación— está íntimamente relacionada con la epodé. «Toda epodé —dice Laín— es un *katharmós* verbal, un recurso para la “purificación” del alma mediante la palabra». La salud exige un estado de purificación, de *kátharsis*, que conlleva un equilibrio entre las partes que componen el cuerpo y el alma. Por ello la epodé purifica (Laín, 2005).

Así mismo, Aristóteles llamó la atención sobre la función catártica, en el sentido terapéutico, de la tragedia (Fraguas, 2007). La tragedia es curativa porque suscita

en el espectador sentimientos de temor y compasión, que, por un mecanismo homeopático, le liberan de estas mismas pasiones produciendo en el alma un alivio acompañado de placer (Laín, 2005).

De esta manera, se puede observar que la cultura clásica griega reconoció el alcance de la enfermedad mental en la vida cotidiana. Aunque estas formas de aliviar el sufrimiento comparten importantes características con las actuales psicoterapias, tales como el uso curativo de la palabra y de la relación entre paciente y terapeuta, no existe una línea teórica que sirva de puente entre las intervenciones griegas y las actuales. La racionalización platónica del ensalmo podría aparecer, en todo caso, como un antecedente teórico de la curación por la palabra (Fraguas, 2007).

Pese a la falta de una teoría de la psicoterapia, los griegos clásicos dispusieron de métodos de tratamiento de corte psicoterapéutico. Estos métodos pueden ser llamados, con rigor, antepasados de la psicoterapia (Fraguas, 2007).

Desafortunadamente, además de que la aparición del cristianismo le llegó a imprimir matices totalmente diferentes, en las sociedades contemporáneas el cuidado de uno mismo se ha convertido en una práctica sospechosa, como una forma de egoísmo y de interés individual, o en una especie de prácticas de culto al cuerpo sin vínculo alguno con la cultura ni con la civilidad (Limón, 2005).

Durante la Edad Media, el modelo galénico, que se concentra en las seis cosas no naturales y que reduce el papel de lo psicológico a mero soporte moral, sobrevivió. A lo largo de este periodo, fue la Iglesia la que jugó un papel determinante a la hora de considerar los trastornos mentales como productos de una voluntad sobrenatural, en este caso, del diablo (Feixas y Miró, 1993). No solo la enfermedad mental en tanto que concepto era competencia del clero, también lo era la atención a los enfermos. Los tratamientos consistían en la tortura, el exorcismo o la hoguera. La medicina y los médicos estaban relegados al estudio

de lo físico, de manera que quedara claramente delimitado y reservado para la Iglesia un amplio campo de actuación en lo espiritual. Y la psicología por entonces no existía en lo absoluto (Alonso, 2012).

La actitud de la Iglesia católica ante la enfermedad mental y ante todo pensamiento libre durante la Edad Media fue despótica e inhumana como lo muestran las prácticas inquisitoriales y la creación de ciertas instituciones como la de *St. Mary of Bethlehem*, en el área londinense, en la que los “locos” eran exhibidos como objetos de recreo y diversión. Una excepción notable durante este periodo la constituye el padre Gilaberto Jofré, que en el siglo XV dirigió el primer nosocomio en Valencia (inaugurado en 1410), tratando a los enfermos con dietas, ejercicios al aire libre y lo que hoy se podría llamar terapia ocupacional. Su enfoque no estaba exento de las influencias de la medicina oriental, preservada en España a través del islam, que correspondía a una concepción holística del ser humano y que llevaba consigo una forma que podríamos denominar ecológica, preventiva, psicosomática e ideográfica (en términos actuales) de entender la enfermedad y la relación terapéutica (Feixas y Miró, 1993).

En este periodo, Ignacio de Loyola propone *Los ejercicios espirituales*, los cuales deben realizarse durante un periodo de unas cuatro semanas bajo la guía de un experto. Estos ofrecen instrucciones específicas, no solo sobre el contenido y la forma de llevar a cabo los ejercicios, sino también sobre que actitudes deben acompañar a la realización de los actos cotidianos, como dormir, vestir, comer, etc. Desde el punto de vista psicoterapéutico destaca la utilización de jerarquías, la disociación, la imaginería mental, la comparación y, sobre todo, el nivel de estructura y especificidad (Feixas y Miró, 1993).

En el Renacimiento se desplegó la corriente de pensamiento conocida como humanismo, se suponía una nueva concepción del hombre y del mundo. Los asuntos humanos dejaron de girar en torno a Dios, los ángeles y los demonios para pasar a ser objeto de explicaciones naturales. En psicología, esto se traduce en el paulatino abandono de la demonología propia de la visión teocéntrica

medieval, que sostenía que la enfermedad mental era cosa de brujería, de posesión diabólica o bien consecuencia del castigo divino (Alonso, 2012).

Por otro lado tenemos las prácticas sociales que desembocaron en la medicina moderna, una práctica que rescató para sí la voz griega *therapeia*, aunque aparentemente con un significado diferente al que llegó a tener en el mundo greco-romano. Los significados de la palabra se deslizaron simultáneamente para expulsar esas connotaciones, privilegiando, con ello, los significados que hablaban de los cuidados y atenciones que se profesaban exclusivamente al cuerpo, para finalmente llegar a hablar, más específicamente, de un tratamiento médico (la terapéutica) que debería ser administrado por un especialista de esta misma rama (Limón, 2005).

En los siglos XVI y XVII se acometen los primeros asentamientos urbanos, se reservan en las ciudades espacios para el recreo público, y también se construyen los primeros asilos no religiosos destinados a acoger enfermos mentales (Alonso, 2012). A pesar de esto, los tratamientos, por llamarlos de algún modo, siguieron consistiendo en toda una serie de horrores y torturas, ayunos de comida y agua, camisas de fuerza, encadenamientos, lavativas, etc. (Postel y Quérel, 1994; citados por Alonso, 2012).

Lo que diferencia a estos tratamientos, es su fundamento racional: la teoría galeno-hipocrática de los cuatro humores y su proporción equilibrada en las correspondientes partes del cuerpo. En el Renacimiento la medicina rescata la enfermedad del dogma eclesiástico, pero puede hacer muy poco por ella (Alonso, 2012).

En el siglo XVIII, el pensamiento científico se ve centrado en lo que se conoce como “ciencia mecanicista- organicista “. Esto alude también a los problemas mentales, de modo que para los pensadores de esta época el enfermo mental adolece de un fallo en algún lugar de su organismo (Alonso, 2012).

La ciencia mecanicista considera la enfermedad mental un proceso básicamente somático susceptible de ser corregido con intervenciones biomédicas (Alonso, 2012). A pesar de que la medicina estaba originalmente dedicada a la salud del cuerpo, los movimientos científicos de los tres últimos siglos permitieron que se modificaran y ampliaran sus ámbitos, abarcando en ellos muchas otras áreas, como es el caso de la ética, la moral, los problemas de la vida cotidiana. Cuando se empezaron a relacionar todos los comportamientos con la mente y ésta con el cerebro, el modelo médico también llegó a apropiarse de la autoridad científica para decidir sobre los comportamientos “anómalos” que eran indicadores de “enfermedades mentales” (Limón, 2005).

Aunque “psicología” literalmente significa el estudio o ciencia del alma, o de la psique, o de la mente, es en los siglos XVII y XVIII, cuando reinicia su incursión como “modalidad racional” y como “psicología empírica”. Se considera que entre los siglos XVIII y XIX es cuando aparecen las ciencias humanas y cuando, según Foucault (1966; citado por Limón, 2005), se decide pasar al “hombre” a lado de los objetos científicos, esto es, como algo que hay que pensar y aquello que hay que saber.

Entre los siglos XVIII y XIX es cuando “terapia” y “cura” emigran al novedoso campo de la “salud mental” y, también cuando empieza a aparecer el término compuesto de la “psicoterapia”. No se sabe con exactitud cuándo fue esto, pero por un lado se tiene al francés Philippe Pinel (1745 – 1826) que habla de “tratamientos morales” que incluían, entre otras cosas, discusiones íntimas sobre las dificultades personales de los pacientes, y, por otro, al austriaco – alemán Franz Anton Mesmer (1733 – 1815) quien buscaba aliviar los padecimientos de índole “emocional” o “traumático” a través de la hipnosis, de la cual fue precursor, tratamientos que eventualmente dieron origen a los trabajos de Sigmund Freud y a la aparición del psicoanálisis como otra forma de hacer psicoterapia (Limón, 2005).

Pinel, fue un pionero en la eliminación de los métodos coercitivos y de las condiciones inhumanas de los acilos. Gracias a Pinel y otros contemporáneos

suyos, cambió el concepto de asilo mental, pasando de ser una especie de prisión a un lugar donde investigar, observar e incluso curar a los enfermos. Unas de las novedades revolucionarias de Pinel fue realizar historias clínicas minuciosas a partir de observaciones sistémicas de los pacientes, en base a las cuales construyó la rudimentaria nosología (Alonso, 2012).

De igual manera, existía una indiferenciación entre mente y cerebro, lo cual conllevaba una lógica de que todos los problemas humanos tenían un correlato orgánico o fisiológico que debería ser “corregido” o “curado”, incluidos, por supuesto, los problemas identificados con “lo mental”, propiciando con ello una desorbitada presencia “científica” y “profesional” en la vida cotidiana de las personas y en sus diferentes formas de vivir la vida (Limón, 2005).

Los psiquiatras eran los encargados tanto de teorizar como de practicar sobre la enfermedad mental, en la pequeña – en comparación con hoy – medida en que se hacía. De hecho, casi todos los personajes de la primera parte de esta historia tenían una formación médica, ya fuera psiquiátrica, neurológica o ambas (Alonso, 2012).

El XIX es el siglo del despegue de la psicología, aunque al principio todavía no llevara este nombre. Whilelm Wundt, es considerado el primer psicólogo en sentido estricto, aunque su formación era médica. Por influencia de Wundt, los primeros psicólogos se interesaban fundamentalmente por las sensaciones, la percepción, la memoria e intentaban resolver con base en ellos, sus problemas clínicos (Alonso, 2012).

En Europa, Jean-Martin Charcot, director de La Salpêtrière, empezó a estudiar la histeria, que los neurólogos consideraban más bien un fingimiento, dado que no se le encontraba ninguna relación con condiciones orgánicas anómalas. Él fue el primero en proponer que un trauma emocional pudiera ser el desencadenante de los síntomas histéricos (Alonso, 2012).

Los conceptos freudianos como inconsciente, fueron completamente revolucionarios, para empezar, no puede medirse ni observarse, cuando toda la ciencia de la época se basaba en mediciones y cálculos. Además va contra la razón – lo que mueve al ser humano según Freud es lo oculto, lo irracional, lo inconsciente, lo incontrolable -, cuando la racionalidad era la base de la filosofía positiva imperante entonces. La medicina estaba aún entonces profundamente influida por el mecanicismo y el positivismo, de modo que no había en ella lugar para el inconsciente, pero Freud y unos pocos intelectuales que le secundaban fueron capaces de convencer a la opinión pública y a la postre a la comunidad científica de que era necesario considerarlo para entender la conducta humana (Alonso, 2012).

A lo largo del siglo XX se estrechó aún más el vínculo del “psiquismo” con la medicina y, después de la aparición a finales del siglo XIX de la psicología como disciplina científica, con la idea modernista acerca de la preponderancia del discurso científico de corte positivista, lo que produjo un punto de arranque para el sinnúmero de psicoterapias que llegaron a poblar el siglo XX (Limón, 2005).

En la actualidad existe una pluralidad de enfoques psicoterapéuticos, y, en consonancia con ello, se da también una amplia gama de definiciones de psicoterapia. La cifra podría ser sin duda elevada, unas se basan en la resolución de la dinámica inconsciente, otras en el cambio de conductas observables, etc. (Feixas y Miró, 1993)

1.2 Desarrollo de la psicoterapia sistémica

Para tener mayor entendimiento de en qué consiste este el enfoque sistémico, debemos hablar de los principales marcos de referencia que fundamentan la psicoterapia y la ayuda en salud mental. Tal es el caso del modelo biofísico, el cual presupone que la anatomía y la bioquímica son los determinantes de la psicopatología. La teoría y la técnica psicoanalítica se centran en los datos de los *procesos inconscientes*. El origen primario del trastorno procede de las ansiedades infantiles reprimidas y la secuencia progresiva de mecanismos

defensivos que surgieron para proteger al individuo contra la repetición de estos sentimientos. Las teorías conductistas, explican la patología como una conducta aprendida que se desarrolla según las mismas leyes que gobiernan el desarrollo de la conducta normal. Por el contrario, para el modelo Cognitivo la enfermedad mental es fundamentalmente un *desorden del pensamiento*, por el que el paciente distorsiona la realidad de un modo particular. El modelo humanista está fundamentado en el principio de que los individuos y grupos en conflicto poseen *vastos recursos para la autocomprensión y el crecimiento*, los cuales se pueden aprovechar a través de la experiencia de un conjunto reducido y bien definido de condiciones facilitadoras (Cibanal, 2006).

Posterior a todo esto, en el siglo XX empezaron a surgir otras formas de pensar y otras valiosas inquietudes, incluida, en muchas de estas una trascendental oposición a la preponderancia positiva que estaba dominando el horizonte científico de la época, sobre todo en el mundo occidental. Un elemento importante de esta novedosa forma de pensar fue la idea de concebir el “problema” dentro de un sistema y, por ende, como parte sustantiva del mismo, lo que derivó en un nuevo y congruente mecanismo de intervención, eso es, en la realización del trabajo terapéutico con el sistema en donde estaba inmersa la persona identificada como paciente (Limón, 2005).

Los conceptos que hacen referencia a este modelo están basados en la *Pragmática de la Comunicación, en la Teoría General de Sistemas y en conceptos Cibernéticos* (Cibanal, 2006). Como señala Winkin (1981; citado por Limón, 2005), “la teoría general de sistemas y la cibernética se interpenetraron progresivamente para dar como resultado lo que hoy se denomina la ‘sistémica’”. La primera aproximación sistémica a la conducta humana surgió del trabajo de Bateson, cuyas aportaciones influyeron decisivamente en las ideas del Mental Research Insitut (MRI), fundado en 1959 por Don D. Jackson y Virginia Satir con sede en Palo Alto, California (Haley y Richeport-Haley, 2006; citado por Alonso, 2012).

La Escuela Sistémica se ha centrado sobre todo en el estudio de la comunicación e interacción humana “tales como se dan de hecho entre los hombres”; por eso su estudio, aunque con interesantísima y a veces difíciles concepciones teóricas, tiene una finalidad pragmática. Los seguidores de la Escuela Sistémica, encarnados como están en pleno siglo XX y en una sociedad evolucionada, echan mano de la psicología, de conceptos religiosos, pero también de la informática, del estudio del cerebro, de los sistemas y las computadoras, de las matemáticas, y en fin de todos los avances recientes de la humanidad, hasta finales de este siglo, de lo que significa comunicarse y de lo que significa cambio (Prada, 2006).

Sin pretender desacreditar la creencia generalizada de que la característica más sobresaliente de la propuesta terapéutica original sea la familia, con más seguridad se puede afirmar que tiene que ver con la perspectiva, esto es, con el análisis relacional o estilo comunicacional que Bateson, desde una visión o “epistemología cibernética”, había trasladado hacia el “sistema familiar”. Es en este sentido comprensible la creencia generalizada de que la terapia familiar (sistémica) solo abordaba “problemas familiares”, sobreentendiendo con esto que había problemas individuales y problemas familiares, y que para estos últimos había surgido la terapia familiar, pero que para los primeros seguía funcionando la tradicional terapia enfocada individualmente. Lo que entonces no se entendió es que se trataba de una diferente orientación para abordar “los mismos” problemas, aunque vistos desde la óptica de una nueva orientación: la perspectiva cibernética, relacional o sistémica (Limón, 2005).

Así, esta escuela habla del hombre como un ser que se comunica y que busca continuamente “significados”. El mundo es finito en cuanto que solo se entiende en relación al hombre que lo conoce, pero a su vez infinito en cuanto que si quisiéramos conocer algo del mundo “en su totalidad” deberíamos salir fuera de él. Lo que realmente interesa desde el punto de vista psicológico, es lo que esta “adentro”, por eso se trabaja con un hombre y un mundo en continua interacción (Prada, 2006).

De igual manera, siguiendo esta línea de interacción, es imposible no comunicarse, porque es imposible no comportarse, y toda conducta o comportamiento es una situación de interacción que tiene valor de mensaje, de comunicación. Actividad o inactividad, palabra o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los otros, quienes a su vez no pueden dejar de reaccionar e influir (Prada, 2006).

Fundamentalmente esta línea considera que el cambio terapéutico no es en esencia diferente de las transformaciones normales que experimenta todo sistema en evolución. Afirma que el problema clínico radicó sobre todo, en soluciones intentadas pero fallidas de un problema original menor, de tal manera que en lugar de solucionarlo, lo perpetúan. El término “estratégica” hace alusión a la manera de solucionar problemas clínicos, que es encontrar el mejor procedimiento para sustituir o bloquear soluciones intentadas, o dicho de otra forma, como dejar de hacer “más de lo mismo” (Watzlawick, 1974; citado por Alonso, 2012).

De acuerdo con Tarragona (2006), a partir del último cuarto del siglo XX han surgido nuevas formas de pensar en la psicoterapia que cuestionan muchos de los supuestos en los que se ha basado esta disciplina a través de su historia. Este cuestionamiento ha resultado en el desarrollo de prácticas terapéuticas que han recibido diferentes nombres: terapias posmodernas, narrativas, discursivas, postestructuralistas, colaborativas y socioconstruccionistas. Cada uno de estos términos subraya algún aspecto importante de estos abordajes ya que éstos ven la terapia como un proceso conversacional o discursivo; se interesan en la forma en la que las personas creamos narraciones o historias sobre nuestras vidas; proponen que el conocimiento y la identidad se construyen a través de la interacción con los otros; no piensan en las dificultades humanas en términos de estructuras profundas o subyacentes y conciben la terapia como una relación de colaboración entre clientes y terapeutas.

Muchos de los fundamentos teóricos de estas terapias están inspirados por las ideas que provienen de disciplinas distintas de la psicología. Se basan en las

ideas de filósofos, antropólogos, historiadores, lingüistas y críticos literarios. Entre ellos Gregory Bateson, Peter Berger y Thomas Luckman, Clifford Geertz, Victor Turner, Ludwig Wittgenstein, Hans-Georg Gadamer, Jacques Derrida, Paul Ricoeur, Michel Foucault, Jean-Francois Lyotard, John Shotter, Walter Truett Anderson y Richard Rorty. Dentro de la psicología han sido especialmente importantes las ideas de Kenneth Gergen, L.S. Vigotsky, Jerome Bruner y William James, entre otros (Tarragona, 2006).

Es así como surgen las llamadas Terapias breves, de las cuales se han identificado y utilizado un amplio número de modelos (Epstein y Brown, 2002; citados por Hewitt y Gantiva, 2009), entre los que se pueden citar la terapia psicodinámica breve (Garske y Molteni, 1985; citados por Hewitt y Gantiva, 2009), que incluye elementos como el contrato terapéutico, tareas entre sesiones y establecimiento de límites; la psicoterapia expresiva de apoyo (Luborsky, 1984; citado por Hewitt y Gantiva, 2009), un enfoque de terapia psicodinámica adaptada al abuso de sustancias; la terapia breve de familia, utilizada desde enfoques diversos, al igual que la terapia breve de grupo (Kristen, 1999; Epstein y Brown, 2002; citados por Hewitt y Gantiva, 2009); las terapias que concierne a este trabajo, cuyo método se centra en la solución de problemas (Dulmus y Wodarski, 2002; citados por Hewitt y Gantiva, 2009); entre otras.

Las terapias breves apuntan principalmente a la reducción del número de sesiones y/o a un menor tiempo en la duración de ellas, sin una merma en los resultados. Los principales argumentos a favor de éstas son, desde el punto de vista del consultante, acortar su padecimiento, logrando lo más pronto posible manejar y resolver su problema. También, reducir el estigma que para muchos significa el asistir a terapia psicológica y finalmente que signifique menor gasto. Desde el punto de vista del terapeuta, el acortar la terapia ayuda a que prontamente pueda obtener resultados y conseguir que la familia pueda funcionar autónomamente. Finalmente, desde el punto de vista de la gestión de recursos, el acortar permite aprovechar mejor los recursos profesionales (De Shazer, 1984; Watzlawick &

Nardone, 2000; Beyebach, 2006; citados por Schade, Beyebach, Torres y Gonzalez, 2009).

1.3 Enfoque de terapia breve centrado en soluciones

De acuerdo con Ramírez y Rodríguez (2012) es a mediados de los años 50, época de la posguerra donde la necesidad de atender los traumas y la diversidad de problemáticas psicológicas, demandan tratamientos donde sus características fueran la rapidez y la eficacia al mismo tiempo, para alcanzar a trabajar con el mayor número de afectados en el menor tiempo posible. Algunos de sus iniciadores son Milton Erickson, Harry Sullivan, Don Jackson, Paul Watzlawick y Jay Haley, entre otros (Oblitas, 2008; citado por Ramirez y Rodriguez, 2012).

La terapia breve difiere de la terapia a largo plazo en que esta última se enfoca en al tratamiento de trastornos psicológicos (entidades psicopatológicas, como depresión, anorexia, esquizofrenia, ansiedad, etc.) y tiene una duración superior a cinco sesiones de acuerdo con la severidad del trastorno o de la existencia de varias patologías (Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados & Fernández, 2001; citado por Hewitt y Gantiva, 2009). La terapia breve se sitúa exclusivamente en el presente, usa herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y su fin es el cambio de un comportamiento específico en lugar de uno a gran escala o más profundo (Kristen, 1999; citado por Hewitt y Gantiva, 2009). Su énfasis está en incrementar la autoeficacia y la motivación para el cambio, así como en la empatía y la alianza terapéutica desarrollada con el consultante, empleando, entre otras, técnicas de escucha reflexiva que le permiten identificar cómo, cuándo y por qué podría cambiar (Miller & Rollnick, 1999; Longabaugh y Wirtz, 2001; citado por Hewitt y Gantiva, 2009).

Este tipo de terapia tiene dentro de sus principales premisas postula que los clientes que acuden a terapia disponen de los recursos necesarios para superar sus problemas (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989; citados por Schade, Beyebach,

Torres y Gonzalez, 2009), pero que a veces no lo ven. Además, para encontrar la solución no hace falta conocer el origen o causas del problema ya que éste se da en la interacción humana. Además, plantea que el cambio es constante y la tarea principal del terapeuta es estimular este cambio en dirección de la solución del problema, identificando y ampliando aquello que ya está funcionando (De Shazer, 1995; Watzlawick & Nardone, 2000; Beyebach, 2006; citados por Schade, Beyebach, Torres y Gonzalez, 2009).

Según Bitter y Nicoll (2000; citados por Ramirez y Rodriguez, 2012) la psicoterapia breve se distingue por cinco características principalmente: el número de sesiones, el foco de atención, la directiva del terapeuta, el cambio de percepción de los problemas en soluciones y la asignación de tareas conductuales.

Otra de las características de la terapia breve *trabaja la cognición y la emoción* para lograr el cambio. Se reconoce que las valoraciones, las expectativas y otros constructos cognitivos desempeñan un papel clave en la emoción; por tanto, se promueve la comprensión de la relación entre los procesos cognitivos y los problemas emocionales, pues está demostrado que los estados anímicos influyen sobre las percepciones que las personas tienen de sí mismas y de los demás (Eich, Kihlstrom, Bower, Forgas y Niedenthal, 2003; Vogel, Wade & Hackler, 2008; citados por Hewitt y Gantiva, 2009).

La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) fue desarrollada por Steve De Shazer a partir del trabajo del grupo del Mental Research Institute de Palo Alto y de Milton Erickson a fines de los años 70. De Shazer fundó el Brief Family Therapy Center en Milwaukee, Wisconsin (EUA) (Tarragona, 2006). Con su nombre indica, que no consume tiempo en analizar los problemas sino que pasa directamente a buscar soluciones. Llega a ellas de forma rápida a través de la exploración de las excepciones, pues parte del hecho de que siempre hay momentos en que el síntoma no se desencadena o que la situación problemática no aparece. A partir de ahí se elaboran prescripciones que siempre se apoyan en los recursos y

fortalezas que los participantes ya tienen, en lugar de intentar que adquieran habilidades nuevas (Alonso, 2012).

Ésta, surge de dos grandes influencias dentro de la psicoterapia, por una parte retoma los trabajos elaborados por Milton H. Erickson en cuanto a trabajo en soluciones, el lenguaje de influencia y la utilización de los recursos del paciente; mientras que por otra parte, integra el trabajo sistémico desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1984; citados por Ramirez y Rodriguez, 2012).

La TBCS parte del Constructivismo según el cual la realidad sólo se conoce cuando uno se tropieza con ella, el resto son construcciones de la realidad. Concibe el sufrimiento psíquico como algo generado por una deformada construcción de la realidad. Basta cambiar la misma, para que uno tenga una mejor percepción de sí mismo. La mayor parte de los Trastornos Mentales no se basan en una realidad objetiva sino en una percepción alterada de la realidad. El límite del ser humano son sus percepciones, son éstas las que le hacen sentirse inferior, incapaz, inepto, torpe, tímido, inexpresivo, aislado, huraño. Las mismas fuerzas que le hacen sentirse así le convierten en superior o igual, capaz, eficiente, habilidoso, extrovertido, expresivo, sociable, agradable. La clave consiste en dejar de centrarse en los problemas y acudir a las soluciones, realizando un proyecto encaminado a la consecución de las mismas (Maturana, 1984; Watzlawick, 1988; Espina, 1993; citados por Espina y Cáceres, 1999).

De esta manera, esta terapia se identifica como “socio-construccionistas” (Anderson, 1997; De Jong y Kim Berg, 2000; citados por Tarragona, 2006). Este enfoque terapéutico le da mucha importancia a los factores sociales que posibilitan y/o limitan nuestras formas de entender lo que experimentamos. Un mismo evento puede ser vivido de diferentes maneras en distintos contextos culturales, relacionales y lingüísticos (Tarragona, 2006).

Así mismo, esta terapia ve el proceso terapéutico como una actividad en la que participan conjuntamente clientes y terapeutas. Desde estas perspectivas la terapia no es algo que se le hace *a* alguien, sino que se hace *con* alguien (Tarragona, 2006). De la misma manera que, como Anderson (1997; citado por Tarragona, 2006) señala, hay una diferencia entre *hablar con* alguien y *hablarle a* alguien. Cuando se escoge lo primero y se establece un diálogo, la terapia puede ser “un proceso de toma y da, un intercambio, una discusión, una consideración y entrecruzamiento de ideas, opiniones y preguntas”. Los clientes y los terapeutas son compañeros o socios en la conversación, la construcción de soluciones.

Esta concepción del funcionamiento de la terapia (Shazer, 1992; Hudson, 1993; Beyebach, 1991; Rodriguez, 1997; citados por Espina y Cáceres, 1999), condiciona a forma de trabajar del conductor/terapeuta, cuya posición terapéutica se resume en tres claves:

1. Postura acrítica: ante los objetivos y la cosmovisión del consultante, mejorando la relación entre estos. El uso sistemático de los elogios al consultante, también conocidos como connotación positiva o atribuciones nobles, es otra de las herramientas imprescindibles.
2. Teoría Binocular del Cambio: el consultante tiene una visión plana de su realidad, el acoplamiento terapeuta - consultante produce una visión binocular. Se consigue cuando el terapeuta devuelve al consultante una descripción de él mismo similar a la que tiene, pero desde un ángulo diferente. Sin embargo, no se deben hacer descripciones espectaculares, brillantes, que sólo entiendan los psicoterapeutas, sino una versión algo modificada de la auto descripción.
3. Detectar la forma de cooperar con el consultante: No existe el concepto de Resistencia. Si cuando se prescribe una tarea no la hacen, el terapeuta sabe que no debe mandar tareas, sólo que observar. Si se realiza pero transformando, se sugieren tareas flexibles. Si se llevan a cabo de forma literal, se piden trabajos que produzcan cambio. De esta manera, cualquier

modalidad de respuesta a la tarea propuesta es vista como una forma de colaborar y orienta sobre las prescripciones futuras (Espina y Cáceres, 1999).

Este tipo de terapias surgen como respuesta a las exigencias del sistema de salud acerca del uso de terapias psicológicas de corta duración y alta efectividad, la terapia breve surge como una alternativa de intervención de costos reducidos y resultados favorables en la práctica clínica. La meta es ofrecer a los consultantes herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes (Hewitt y Gantiva, 2009).

La Terapia Centrada en Soluciones surgió originalmente de la Terapia Familiar. Este modelo terapéutico se ha ido desarrollando y en la actualidad se utiliza tanto para el trabajo con familias como con parejas e individuos, de diferentes edades y que se enfrentan a todo tipo de dificultades. Esta terapia posmoderna no se basa en la analogía cibernética que ha sido tan importante en la terapia familiar y que frecuentemente se asocia con el término “sistémico”. Aun así, se puede entender como “sistémica” en el sentido más amplio del término: el de pensar en la gente siempre en contexto, bien sea el contexto cultural, en el contexto de sus interacciones con otras personas o en el de los “sistemas conversacionales” en los que participa (Tarragona, 2006).

Esta es una *Terapia de tiempo limitado y corta duración*, máximo cinco sesiones de cuarenta y cinco a sesenta minutos. Se fija una meta en un marco temporal como parte del proceso terapéutico aumenta la motivación del consultante y evita su pasividad y dependencia. Adicionalmente, por su corta duración y menor costo, muchos usuarios de los servicios de salud y psicología pueden ser sus beneficiarios, pues está disponible para un mayor número de personas y puede adaptarse a las necesidades de los clientes (Sánchez y Gradolí, 2002; citados por Hewitt y Gantiva, 2009).

Así mismo, se *centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona*. Si bien tiene en cuenta el pasado como dato referencial, enfatiza en el presente y se orienta hacia el futuro, donde realmente se va a desempeñar el individuo (Hewitt y Gantiva, 2009). Se pretende *incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio*, esto se inicia con la formulación de sus propias metas, que no son impuestas por el terapeuta, sino definidas y propuestas por el consultante. Una vez que empieza a experimentar éxito en uno o dos aspectos de su vida, el consultante puede plantear expectativas de autoeficacia en otras áreas (Maddux, 1995; Bannink, 2007; citados por Hewitt y Gantiva, 2009).

Esta modalidad de terapia, igualmente se distingue por: como el terapeuta muestra una directiva donde el paciente es el experto; el centro de atención, en lugar de ser el problema, son las posibles soluciones y los recursos de los pacientes; y las actividades facilitadoras del cambio (tareas) que complementen el trabajo durante la sesión (Ramirez y Rodriguez, 2012).

En este enfoque se entiende que 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 con problemas diferentes lleguen a soluciones similares. Por eso, la intervención no se entiende como un proceso de “resolución de problemas”, sino como una labor de “construcción de soluciones” (de Shazer, 2007; citado por Beyebach, 2012).

Según Berg y Doland (2001; citados por Ramirez y Rodriguez, 2012) las premisas básicas que guían la Terapia Breve Centrada en Soluciones son: si funciona, sigue haciéndolo; si no funciona, detente y haz algo diferente; y lo que es un problema para el paciente, no es un problema para el terapeuta.

De esta manera, en la Terapia Centrada en Soluciones el cliente es visto como el experto en su propia vida y se parte de la definición que él tiene de su problema. Asimismo, el cliente es quien define el objetivo de la terapia y cuándo éste se ha alcanzado (Tarragona, 2006). Insoo Kim y Peter de Jong (2002; citados por Tarragona, 2006) hablan de que el terapeuta trabaja desde una postura de “no conocer”. Esto no quiere decir que el terapeuta sea ignorante o que no sepa nada. Anderson (2005; citado por Tarragona, 2006) explica que a lo que se refiere es a que el terapeuta se acerque al paciente con curiosidad, dispuesto a ser informado por éste, dejando de lado preconcepciones y evitando llegar a conclusiones demasiado rápido. De Shazer (1995; citado por Tarragona, 2006), parte del supuesto de que los problemas de los clientes tienen que ver con conductas generadas a partir de su visión del mundo.

Lo anteriormente mencionado, lleva a *la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental*. Se lleva al consultante a analizar los pros y los contras de su comportamiento, también las posibles formas de actuar para lograr las metas propuestas y los resultados planeados (Hewitt y Gantiva, 2009).

El modelo centrado en soluciones es un enfoque constructivista y construccionista, en el que se entiende que la realidad social se negocia y re-negocia constantemente en la interacción humana. 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, una postura de respeto por la diversidad de formas en que se puede organizar la interacción humana (Beyebach, 2012).

Cuando se tienen los medios necesarios para poder trabajar en equipo para un caso, éste suele observar la sesión desde un cristal unidireccional. A su vez, el equipo suele hacer intervenciones ya sea directamente o a través del terapeuta utilizando un intercomunicador entre ambas salas. Para ello, existen técnicas preestablecidas, tales como: intercambiar opiniones con el terapeuta durante las pausas, diseñar la opinión final, y/o planificar sesiones futuras; las cuales pueden

ser utilizadas como parte del objetivo de la sesión (Navarro y Beyebach, 1995; citados por Ramirez y Rodriguez, 2012).

Tarragona (2006), menciona que este tipo de terapia es vista como un proceso conversacional, así el diálogo y la conversación son generadores de significados. La forma en la que se piensa y habla de los problemas o dificultades puede contribuir a que el individuo se sumerja más en ellos o se pueda contemplar nuevas formas de verlos, de solucionarlos o transformarlos.

2. MÉTODOS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA SISTÉMICA

El proceso terapéutico pasa por varias fases; todas ellas son muy importantes en distintos niveles, por lo que se lo ha dividido, un poco arbitrariamente y con fines exclusivamente didácticos, en tres fases: la formación del Sistema Terapéutico, la evaluación y el Proceso Terapéutico en sí mismo (Tapia, 2008).

Una de las principales razones para escoger esta clasificación es que la práctica clínica enseña que, en líneas generales, existen estos tres momentos en el contacto con los consultantes, aunque, por supuesto, en la práctica cotidiana no existe una clara delimitación entre uno y otro, así como tampoco existe un límite entre los elementos considerados al interior de cada una de las fases (Tapia, 2008).

2.1 Formación del sistema terapéutico

La formación del sistema terapéutico se inscribe en una historia, es decir, forma parte de otro proceso más amplio que lo contiene; tanto la familia como el terapeuta, vienen de una historia particular, que en cierta forma los define y los determina. Terapeuta y familia llegan a encontrarse, este encuentro pasa por algunos momentos (Tapia, 2008).

Los seres humanos son narradores de cuentos, hacedores de mitos, encuadradores de realidades. Las personas son moldeadas sin cesar por sus contextos y por las características que estos traen a la luz. El primer problema del terapeuta cuando se hace copartícipe de la familia es definir la realidad terapéutica (Minuchin y Fishman, 1984). Para esto el terapeuta debe tener en cuenta el encuadre, el análisis de la demanda, el cambio y la intensidad.

2.1.1 Encuadre

Cualquiera que sea el espacio donde el terapeuta va a trabajar, un paso necesario para empezar un proceso psicoterapéutico, es delimitar el espacio y determinar el

tipo de contexto en donde el terapeuta y el consultante van a desenvolverse; a lo que se le denomina como marco terapéutico o encuadre (Tapia, 2008).

Edmond Gilliéron (1990; citado por Tapia, 2008), menciona que “Entendemos por marco terapéutico el conjunto de factores que comprenden desde las determinantes socioculturales del tratamiento hasta ciertos parámetros más o menos fijos como el lugar, la frecuencia y la duración de las consultas (Tapia, 2008) frontera que separa el espacio terapéutico del espacio social y delimita una zona privilegiada, donde los actos que se realizan y las palabras que se intercambian tienen un valor terapéutico.”

La terapia parte en consecuencia, del choque entre dos encuadres de la realidad. El de la familia es pertinente para la continuidad y el mantenimiento de ese organismo en condiciones más o menos estables; el encuadre terapéutico atiende al objetivo de hacer que la familia avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad disfuncional (Minuchin y Fishman, 2004).

Aunque la mayoría de las familias hallan una salida a la crisis, un modo de elaborar procesos más complejos para la solución de problemas, otras familias fracasan y acuden a un terapeuta. Cuando lo hacen, presentan a este su encuadramiento de problema y su solución ya encuadrada; pero el encuadramiento del terapeuta será diferente (Minuchin y Fishman, 2004).

El terapeuta inicia su encuadramiento tomando en cuenta lo que la familia considera importante. La tarea del terapeuta es convencer a los miembros de la familia que el mapa de la realidad por ellos trazado se puede ampliar o modificar. Las técnicas de escenificación, enfoque y obtención de intensidad contribuyen al logro de un encuadramiento terapéutico (Minuchin y Fishman, 2004).

Tapia (2008), menciona que los elementos mencionados son el soporte material del proceso, cuya importancia sólo se la percibe cuando se los modifica, lo cual puede suceder por diferentes situaciones, como por ejemplo que el terapeuta no

pueda recibir al consultante porque otra consulta ha sido tomada a la misma hora. Sin embargo, el cambio puede darse en varios niveles:

Modificación del lugar: un cambio de lugar, lo cual ocurre raras veces; la mayoría de ellas, debido a que el terapeuta se muda de un lugar a otro, o por ejemplo, cuando el paciente no puede ir a la consulta y es el terapeuta que se desplaza al domicilio del consultante.

Modificación del número: cambio del número de consultantes, como por ejemplo: pasar del individuo a la familia.

Modificación del tiempo: cambio en la frecuencia de las consultas o en su duración. Cuando por ejemplo se pasa de consultas quincenales a semanales o cuando se trabajaba una hora con un individuo, pero se trabaja hora y media con la pareja.

Cualquiera de estas modificaciones genera un cambio de contexto, por lo que requieren que en la nueva situación, se vuelva a plantear el encuadre y se realice otra redefinición de la relación. Desconocer este fenómeno puede generar una serie de malentendidos lo que da lugar a los deslizamientos de contexto (Tapia, 2008).

Por lo tanto, el marco crea un espacio intermedio, a través de la instauración de nuevas reglas, algunas de las cuales están en contradicción con las leyes sociales, lo que crea así un límite abstracto entre la terapia y la vida real. El encuadre, que marca el establecimiento del marco terapéutico, generalmente se lo plantea al inicio o durante el transcurso del primer encuentro y se lo vuelve a plantear cuando existen cambios, como se mencionó anteriormente. Para plantearlo, se deben considerar algunos elementos:

1. Presentación de todos los asistentes, empezando por el terapeuta.
2. Planteamiento del encuadre: mencionar el lugar, si hay cámara de Gesell, si hay equipos para grabar.
3. El objetivo de la reunión.

4. Un pequeño resumen de cómo llegaron al momento actual.
5. La cuestión de la confidencialidad.
6. Variaciones de acuerdo al objetivo: formación, supervisión, etc (Tapia, 2008).

2.1.2 Análisis de la demanda

En este, el terapeuta ingresa en la situación terapéutica con el supuesto de que el paciente se equivoca. El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que el paciente tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes. Las técnicas que están al servicio de esta son la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad (Minuchin y Fishman, 2004).

Tilmans (1987; citado por Tapia, 2008) hace referencia a tres tipos de demandas: la de consulta, la de hospitalización y la de formación. La práctica ha permitido darse cuenta de que existen otros tipos de demandas, como una evaluación.

La demanda de consulta es lo que comúnmente se conoce como la “puerta de entrada” al sistema familiar. Respetar el área que la familia ha escogido para hablar, significa respetar a la familia en sus elecciones. Después de detenerse un momento en la comprensión de esta elección, se puede construir un vínculo o “tender un puente” entre el área escogida por la familia y el área relacional que se trabaja como terapeuta familiar sistémico. Algunas veces este puente se crea gracias a la redefinición de la relación (Tapia, 2008).

Aquí se habla del síntoma, que también es otra área privilegiada, a través de la cual, la familia da mensajes sobre lo que sucede dentro de ella. Es una pista para entender lo que sucede en la familia y su modo de funcionar; el síntoma es un compromiso entre una respuesta, generalmente a una situación difícil (Tapia, 2008).

2.1.3 Cambio

La técnica es la vía para alcanzar el cambio, pero lo que le imparte un rumbo es la conceptualización que hace el terapeuta sobre el proceso de cambio (Minuchin y Fishman, 2004). Así podemos encontrar diferentes formas de intervención de acuerdo a diferentes autores en este tipo de psicoterapia.

Whitaker es un destructor de formas cristalizadas, utiliza el humor, el abordaje indirecto, la seducción, la indignación, el proceso primario, el tedio y aun el acto de quedarse dormido como instrumentos igualmente potentes para el contacto y el desafío. Todos se sentirán cuestionados, incomprendidos, aceptados, rechazados o insultados. Pero habrán tomado contacto con una parte menos conocida de ellos mismos (Minuchin y Fishman, 2004).

Las técnicas de Whitaker solo cobran sentido dentro de su esquema teórico. En su formulación existencial, el terapeuta no tiene la responsabilidad de verificar el desarrollo y surgimiento de estructuras nuevas. Este abordaje es de difícil empleo si el terapeuta no tiene la misma concepción teórica e idéntica destreza que el autor (Minuchin y Fishman, 2004).

Por otro lado, Haley y Madanes trabajan bajo la formulación estratégica, cuyas técnicas apuntan a una meta, a saber, mitigar aspectos disfuncionales específicos de la familia. El terapeuta debe verificar el desarrollo y producir una mejoría. Estas técnicas apuntan a cuestionar el núcleo de la estructura disfuncional: la organización del síntoma (Minuchin y Fishman, 2004).

El eje de estas es la redistribución del poder dentro de la familia mediante su asignación manifiesta. Haley y Madanes proponen a los pacientes hacer como si las cosas fueran de otro modo. Esta escuela se expone con tanto detalle y su intervención parece tan transparente que resultan atractivas para el terapeuta interesado en el aspecto artesanal (Minuchin y Fishman, 2004).

2.1.4 Intensidad

Cuando pone en escena las secuencias interactivas de la familia e interviene para producir cambios, el terapeuta tropieza con el problema de hacer llegar su mensaje (Minuchin y Fishman, 2004).

Los miembros de la familia tienen una sensibilidad auditiva discriminatoria, que presenta campos de sordera selectiva regulados por su historia común. El terapeuta necesita hacer que la familia “oiga”, y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia (Minuchin y Fishman, 2004).

Las características del terapeuta son una variable importante en la producción de intensidad. Las familias ya proclives al cambio pueden aceptar la alternativa del terapeuta como un apoyo que los empuja en la dirección hacia la cual de algún modo querían marchar. Otras familias acaso parezcan aceptar el mensaje, pero de hecho lo absorberán en sus esquemas previos, sin cambiar, otras, en fin, presentaran franca resistencia al cambio (Minuchin y Fishman, 2004).

Un mensaje terapéutico tiene que ser “recibido” por los miembros de la familia, lo que significa que deben recibirlo de un modo que los aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas. Las intervenciones destinadas a intensificar mensajes varían según el grado de participación del terapeuta. Las técnicas para crear secuencias interactivas que incrementen el componente afectivo de la interacción. Estas técnicas incluyen, por ejemplo, una repetición del mensaje, su repetición en interacciones isomorfas, el cambio de del tiempo en que las personas participan en una interacción, el cambio de la distancia entre personas empeñadas en una interacción y la resistencia a la presión ejercida por la pauta interactiva de una familia (Minuchin y Fishman, 2004).

2.2 El proceso terapéutico

En primer lugar, para comprender de mejor manera lo que sucede en la familia ayuda el tema de la evaluación y diagnóstico familiar. En segundo lugar, toda la construcción de alternativas para las dificultades que la familia lleva a consulta, se

logra a través de la formulación de hipótesis y la aplicación de técnicas (Tapia, 2008).

2.2.1 Evaluación y diagnóstico

Aun cuando los sistémicos no desean establecer un “diagnóstico” de la familia, sin embargo, la práctica clínica enseña que es muy importante tener algunos parámetros de referencia de los sistemas para comprenderlos de mejor manera (Tapia, 2008).

Es necesario señalar que, en sistémica, se entiende el “diagnóstico” como un elemento que da pistas sobre las cuales el terapeuta trabajará durante el proceso, pero no es un elemento “estático y fijo”, como lo sería un diagnóstico tradicional. Los elementos considerados y su valoración van cambiando conforme va cambiando la familia durante el proceso terapéutico (Tapia, 2008).

Existen varios elementos que se pueden tomar en cuenta para comprender a la familia. Este sistema está en continuo intercambio con su ambiente, evoluciona con el tiempo y está en relación con otros sistemas. Son tres ejes principales para realizar una evaluación del sistema familiar: la estructura, el funcionamiento y la evolución (Tapia, 2008).

- *La estructura de un sistema:* Siguiendo a Salvador Minuchin (1988; citado por Tapia, 2008), se considera a la estructura como el conjunto de individuos y sus interrelaciones que constituyen un sistema. Forman parte de la estructura, otros elementos como son los subsistemas, los límites o fronteras, la jerarquía y el manejo del poder, las reglas y los roles y funciones al interior del sistema.
- *El funcionamiento:* Estructura y funcionamiento están íntimamente ligados, puesto que determinada estructura implica un cierto tipo de funcionamiento y viceversa (Tapia, 2008).
- *La evolución:* Todo sistema se mueve naturalmente hacia otros niveles de madurez y de complejidad, que a cada momento plantean el desafío de

manejar nuevas situaciones tanto internas, como la llegada de un nuevo miembro en la familia; o situaciones externas como puede ser una catástrofe natural, como una inundación. Cualquiera de estas circunstancias implica que el sistema desarrolle nuevas formas de enfrentarlas (Tapia, 2008).

2.3 Técnicas de intervención

2.3.1 Escenificación

Consiste en una puesta en escena de determinados guiones previamente estudiados por el asesor familiar, de cuya representación van a surgir los patrones disfuncionales instaurados en la familia, con el fin de hacerlos explícitos, cuestionarlos y rechazarlos como solución habitual (Espinal, Gimeno y González, 2006).

El si-mismo interior se entreteje de manera inseparable con el contexto social: forman una unidad. Los miembros de la familia dejan de bailar cuando entran en la sesión y tratan de exponer, comentar y explicar al terapeuta como son en casa la música y la danza. De este modo, la cantidad y la calidad de la información que se proporciona quedan restringidas por la memoria subjetiva y la capacidad narrativa de los informantes (Minuchin y Fishman, 2004).

Cuando el terapeuta hace preguntas, los miembros de la familia pueden controlar lo que exponen. En la selección del material que habrán de comunicar, se suelen empeñar en presentarse bajo la luz más favorable. Pero cuando el terapeuta consigue que los miembros de la familia interactúen para discutir algunos de los problemas que consideran disfuncionales y zanjar desacuerdos, o bien en el intento de gobernar a un hijo desobediente, desencadena secuencias que escapan al control de la familia. Las reglas habituales prevalecen y los componentes interactivos se manifiestan con una intensidad semejante a la que muestran en estas mismas interacciones cuando se producen fuera de la sesión de terapia (Minuchin y Fishman, 2004).

La escenificación es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia. La escenificación se produce en el contexto de la sesión, en el presente y en relación con el terapeuta. Este puede intervenir en el proceso, sea para aumentar su intensidad, prolongar la duración de la interacción, hacer participar a otros miembros de la familia, indicar modos diferentes de interacción e introducir sondeos experimentales que proporcionaran información tanto al terapeuta como a la familia sobre la índole del problema, la flexibilidad de las interacciones familiares para la búsqueda de soluciones y la virtualidad de modalidades diferentes de desempeño dentro del marco terapéutico (Minuchin y Fishman, 2004).

Los terapeutas formados para utilizar el canal verbal, auditivo de comunicación como fuente principal para reunir información prestan oídos a los pacientes, hacen preguntas y vuelven a escuchar. Este modo de reunir información no puede proporcionar al terapeuta la que los miembros de la familia no poseen. El terapeuta promoverá el despliegue del material hasta poseer información suficiente. Este modo de indagación preserva el mito de la objetividad del terapeuta y de la realidad del paciente (Minuchin y Fishman, 2004).

En cambio, los terapeutas formados en los canales interpersonales de la comunicación saben que el acto de observar influye sobre el material observado, de modo que siempre se está frente a verdades de aproximación y realidades probables. En lugar de complicar un historial clínico, procede a introducir en la sesión sectores que la propia familia ha encuadrado como pertinentes. La hipótesis es que la estructura familiar se vuelve manifiesta en estas interacciones y que el terapeuta, en consecuencia, obtendrá una visión de las reglas que presiden las pautas de interacción dentro de la familia (Minuchin y Fishman, 2004).

La escenificación requiere de un terapeuta activo que se sienta cómodo participando y movilizándolo a personas cuyas respuestas no se pueden predecir. Es preciso que el terapeuta se sienta cómodo en situaciones abiertas, en que no solo promueve el despliegue de la información, sino que también la crea

presionando sobre las personas y observando y vivenciando la realimentación frente a esa injerencia suya (Minuchin y Fishman, 2004).

La escenificación, en primer lugar, facilita la formación del sistema terapéutico, puesto que produce compromisos sólidos entre los miembros de la familia y el terapeuta. En segundo lugar, en el momento mismo en que la familia escenifica su realidad dentro del contexto terapéutico, se produce un cuestionamiento de esta realidad determinada. La unidad de observación y de intervención se amplía. La escenificación inicia el cuestionamiento de la idea que la familia se ha formado sobre la índole del problema (Minuchin y Fishman, 2004).

Una de las técnicas más simples para desprenderse es indicar una escenificación entre los miembros de la familia. Mientras estos se enzarzan en la interacción, el terapeuta puede tomar distancia, observar y recuperar capacidad terapéutica (Minuchin y Fishman, 2004).

La escenificación se puede considerar una danza en tres movimientos. En el primer movimiento, el terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide los campos disfuncionales que conviene iluminar. En el segundo movimiento de escenificación, el terapeuta organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia bailan su danza disfuncional en presencia de él. Y en el tercer movimiento, el terapeuta propone modalidades diferentes de interacción. Este último movimiento puede proporcionar información predictiva e infundir esperanzas a la familia (Minuchin y Fishman, 2004).

Este es un método interactivo para obtener información, en que el terapeuta la consigue vivenciando la resistencia de los miembros de la familia a su estimulación (Minuchin y Fishman, 2004).

En ciertas familias es muy fácil provocar los dos primeros movimientos de la danza de escenificación, pero es difícil suscitar interacciones de modalidad inusual porque este movimiento demanda una participación activa del terapeuta que

tendrá que aliarse con alguno de los miembros antes que sea posible determinar las alternativas de que el subsistema dispone (Minuchin y Fishman, 2004).

Para el terapeuta es una tentación enorme intervenir en determinada situación y producir por sí mismo el cambio deseado. La meta de la terapia es incrementar la complejidad de las interacciones familiares y promover el recurso a interacciones más adecuadas; no es su objetivo elaborar un cómodo holón terapéutico (Minuchin y Fishman, 2004).

La escenificación no es un suceso raro que puntúe el curso de la terapia solo de manera ocasional. Por el contrario, debería integrarse en el modo de ser espontáneo del terapeuta, cuando la familia se conformaría con contarle simplemente lo que ha sucedido (Minuchin y Fishman, 2004).

2.3.2 Enfoque

Cuando observa a una familia, el clínico es inundado por los datos. El terapeuta seleccionara y organizara estos datos dentro de un esquema que les confiera sentido. En consecuencia, el terapeuta organizara los hechos que percibe de manera que formen trabazón entre ellos y posean también pertenencia terapéutica (Minuchin y Fishman, 2004).

Para hacer esto hace falta, en primer lugar, que el terapeuta seleccione un enfoque y, en segundo, que elabore un tema para trabajar sobre él. El esquema del terapeuta incluye tanto una meta estructural como una estrategia para lograr esa meta (Minuchin y Fishman, 2004).

Esta es una lección difícil de aprender. Los seres humanos, todos, nos orientamos hacia el contenido. Nos gusta seguir la trama de un relato, impacientes por conocer el final. El terapeuta que elabora un tema investiga en profundidad un campo limitado. Su actividad de recopilación de datos atañe al proceso de cambio, no al historial o la descripción de la familia (Minuchin y Fishman, 2004).

El terapeuta tiene que advertir que tan pronto como ha empezado a elaborar un enfoque, queda programado. Empieza a ignorar información. Cuando se acomoda

a la familia y selecciona datos, puede verse inducido a elegir precisamente aquellos que a la familia le resulta cómodo presentar. El oficio del terapeuta es asistir al cambio familiar, no hacer que ellos se sientan cómodos (Minuchin y Fishman, 2004).

La reorganización jerárquica del tema familiar es otro aspecto del enfoque; en efecto, por el hecho de destacar el terapeuta temas que a su juicio son de primera prioridad, suele modificar la idea que la familia se ha formado sobre lo que es importante. El hecho mismo de que el terapeuta haya destacado un tema lo vuelve importante (Minuchin y Fishman, 2004).

De la riqueza de los datos que vivencia, solo cobran relieve los fragmentos que guardan relación con la elaboración del tema. Por eso, en lugar de dejarse llevar o distraer por la verdad de rutina de esta rivalidad entre los miembros de la familia, que no interesaba para la meta terapéutica, el consultor seguía aferrado al tema de la cooperación (Minuchin y Fishman, 2004).

2.3.3 Repetición del mensaje

El terapeuta repite el mensaje muchas veces en el curso de la terapia. Es una técnica importante para el incremento de la intensidad. La repetición puede recaer tanto sobre el contenido como sobre la estructura. Si el terapeuta no hable de otra cosa durante toda la sesión indica que el asunto no puede menos que ser importantísimo. Si él se niega a moverse, la familia estará forzada a hacerlo, es decir, que se producirá un reordenamiento en torno del terapeuta estático (Minuchin y Fishman, 2004).

El terapeuta puede obtener atención incesante para un asunto determinado si lo expone una y otra vez con la misma frase, al modo de una letanía. O puede exponerlo de diversas maneras, recurriendo a su capacidad para formar metáforas e imágenes como haría un poeta o un pintor; en este caso enfocara una diversidad de interacciones de tal modo que cada exposición nueva ponga de relieve la identidad de las interacciones (Minuchin y Fishman, 2004).

2.3.4 Repetición de interacciones isomorficas

Otra variedad de repetición incluye mensajes que en la superficie parecen diversos, pero que son idénticos en un nivel más profundo. El cuestionamiento de estas estructuras equivalentes produce intensidad por la repetición de mensajes de un proceso (Minuchin y Fishman, 2004).

Intervenciones únicas, por inspiradas que sean, rara vez son eficaces para modificar pautas de interacción que han regido años y años. Los sistemas poseen una inercia que resiste al cambio y hace falta la repetición para que sobrevenga una modificación de pautas. La meta terapéutica, que consiste en alcanzar pautas interactivas nuevas y más funcionales para la familia, permanece en la mente del terapeuta durante toda la sesión (Minuchin y Fishman, 2004).

2.3.5 Modificación del tiempo

Los miembros de la familia han elaborado un sistema de notación que regula el *tempo* y el compás de su danza. Una de las técnicas que permiten incrementar la intensidad consiste en alentar al terapeuta a los miembros de la familia para que continúen interactuando después que las reglas del sistema han puesto luz amarilla o roja. Resultados parecidos se pueden alcanzar si se reduce el tiempo en que las personas suelen participar en una interacción (Minuchin y Fishman, 2004).

Es evidente que en muchas ocasiones las familias disfuncionales presentan una resistencia al cambio, para vencer dicha resistencia se incrementaría la intensidad de los mensajes emitidos por el asesor familiar. La variación de intensidad se asocia a técnicas de escenificación de comportamientos habituales unida a nuevas puestas en escena que hagan más visibles los elementos esenciales (Espinal, Gimeno y González, 2006).

2.3.6 Cambio de la distancia

Los miembros de la familia elaboran en el curso de su vida el sentimiento de la distancia “adecuadas” que deben mantener entre sí. Esto es válido no solo para la

distancia física medible, sino para distancias psicológicas menos visibles. El cambio de la distancia que se mantiene automáticamente puede producir un cambio en el grado de atención al mensaje terapéutico (Minuchin y Fishman, 2004).

La utilización del espacio del consultorio es un instrumento significativo para la emisión del mensaje terapéutico. Si el terapeuta habla con un niño pequeño, este oír y comprenderá mejor si aquel disminuye su talla y se aproxima físicamente, de preferencia si lo toca. Si el terapeuta desea destacar un mensaje serio, puede ponerse de pie, ir al encuentro de un miembro de la familia, pararse frente a él y hablarle con el ademán y el *tempo* convenientes, con utilización de los silencios para obtener más expresividad.

El terapeuta puede también incrementar la intensidad cambiando la posición recíproca de los miembros de la familia, haciendo que se sienten juntos para poner de relieve la significación de la diada que forman o separando a uno de los miembros para intensificar su carácter periférico (Espinal, Gimeno y González, 2006).

2.3.7 Reestructuración

La sensación de pertenencia es característica de todas las interacciones familiares. Pero en algunas esto es excesivo, el lado débil de este tipo de organización familiar es que los miembros de la familia experimentan dificultades para desarrollarse como holones diferenciados (Espinal, Gimeno y González, 2006).

El terapeuta que interactúe con estas familias tendrá que interponerse en esas interacciones demasiado armoniosas diferenciando y delineando las fronteras de los holones familiares a fin de hacer sitio a la flexibilidad y el crecimiento. El holón es un contexto sumamente significativo para sus miembros (Minuchin y Fishman, 2004).

La terapia es un proceso en que se cuestiona el “así se hacen las cosas”. Puesto que la terapia supone un cuestionamiento de la estructura familiar, es preciso que el terapeuta comprenda el desarrollo normal de las familias y el poder que las reglas de los holones ejercen sobre el integro desarrollo de los miembros de la familia (Minuchin y Fishman, 2004).

Las interacciones cotidianas dentro de un subsistema tienden a organizar los hechos de la vida compartida de manera de mantener incólume el mayor tiempo posible la índole de la relación. Murray Bowen (1978; citado por Minuchin y Fishman, 2004), impresionado por la capacidad de estos subsistemas para mantener su eficacia simbólica aun después que las personas han dejado el hogar, sugiere que un modo de cuestionar estas definiciones sería “regresar” a la familia de origen y modificar la índole de la interacción, no en el pasado, sino en el presente. Un modo más directo de intervención consiste en facilitar dentro del sistema terapéutico la manifestación de funciones que los miembros de la familia desempeñan en cierto holón, y generalizarlas a los demás.

2.3.8 *Establecimiento de límites*

En muchos casos la distribución con que los miembros de la familia toman asiento en la sesión es un indicador de las alianzas entre ellos. Pero es un indicador débil que el terapeuta solo debe aceptar como una primera impresión que es preciso investigar, corroborar o desechar (Espinal, Gimeno y González, 2006).

Los terapeutas experimentados hacen acopio de un conjunto de ellas que cautivan su imaginación y se convierten en respuestas espontaneas en las situaciones apropiadas. El terapeuta se preocupara de trazar fronteras entre tres personas en caso de que interacciones diádicas disfuncionales se mantengan en virtud de la intervención de un tercero como desviador, aliado o juez. Puede resolverse a mantener la separación de la diada demasiado unida como un modo de ayudar a sus miembros a descubrir alternativas para su conflicto dentro de su propio sistema. O puede incrementar la distancia entre ellos recurriendo al tercero como

deslindador de frontera, o creando otros subsistemas que separen a los miembros enredados.

Un claro establecimiento de los límites en las relaciones intrafamiliares aleja al sistema de dos posibles problemas, por una parte evita la intrincación y por otro lado la desvinculación de alguno de los miembros (Espinal, Gimeno y González, 2006).

2.3.9 La paradoja

En esta técnica el terapeuta no trata de modificar abierta ni directamente el sistema, sino que lo apoya, respeta la lógica afectiva interna con que se desenvuelve, forzando a la familia a argumentar contra las demandas de su propia verdad. La paradoja es una técnica compleja que a veces pide que se incrementen los comportamientos no deseables con objeto de hacer evidente la posibilidad de control sobre ellos, control que siempre niegan los miembros de la familia. Otras veces la paradoja introduce expresiones sorprendentes con objeto de contribuir al distanciamiento del problema. Algunos ejemplos de intervenciones usando la paradoja son:

¿Hoy ha traído usted la depresión consigo? ¿Dónde la lleva?

De acuerdo con algunos autores esta es una técnica compleja de aplicar (Espinal, Gimeno y González, 2006).

3. MÉTODOS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN EL ENFOQUE DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES

Para comenzar a hablar de las técnicas utilizadas en esta terapia, debemos retomar que la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) tiene como premisa la confianza en los recursos del cliente. Desde esta perspectiva se considera que las personas que asisten a tratamiento tienen capacidad suficiente para enfrentarse exitosamente a sus problemas, por lo que seguramente ya lo están haciendo en algunas ocasiones. El trabajo del terapeuta es localizar éstas y marcar la diferencia que suponen en la vida de sus clientes. Así mismo, el terapeuta de esta orientación no se basa en un modelo de persona o interacción sana, no trata de modelar sus relaciones en la dirección que él considera adecuada, sino que se limita a producir los cambios imprescindibles para que los problemas se disuelvan (Beyebach, 2009).

Así mismo, otra de las premisas de esta terapia que se debe tener en consideración es la construcción que cada persona hace de la realidad. Un mismo hecho es percibido de distinta manera por cada persona y el significado que le asigne a cada experiencia se refleja en los relatos. En TCS, se generan diferentes relatos sobre el problema que permiten abrir nuevas alternativas para tener una visión distinta de lo que les ocurre (Villanueva, 2007).

Como en el tema anterior, tomaremos en cuenta tres fases dentro de la terapia centrada en soluciones, los cuales, cabe mencionar, no están estrictamente restringidos por un tiempo específico, un número de sesiones establecido. Estas fases son: evaluación y delimitación de objetivos terapéuticos, intervención y cierre.

3.1 Evaluación y determinación de objetivos terapéuticos

Con frecuencia tendemos a suspender este punto, dando por supuesto que cliente y terapeuta coincidimos en los objetivos que buscamos con la intervención. No

obstante es una exigencia pragmática fundamental en esta estrategia de intervención por seis motivos:

- a) Por facilitar un acuerdo terapeuta cliente respecto a la demanda de este último

- b) Por dotar a la programación terapéutica de una orientación precisa que permita ir graduando la evaluación del logro de lo previamente acordado y definido, así como realizar su seguimiento.

- c) Para el paciente significa la creación de una sugestión positiva que facilitará la negociación y el acuerdo previo a la intervención en sí y aumentará la adscripción a las prescripciones terapéuticas así como su carácter activo en su propia recuperación.

- d) Ayuda a crear expectativas realistas y precisas sobre la intervención delimitando el ámbito de la intervención y acotando el ámbito de lo conseguido.

- e) Nos permite determinar cuándo se puede dar por finalizada la intervención contando con índices de satisfacción del cliente que se puedan ir contrastando con los acordados en esta tercera fase.

- f) Nos permite evitar los sistemas de valoración “Todo/nada” a la hora de estimar el logro de un objetivo, ajustando por tanto las conductas a tasas de frecuencia e intensidad adaptativas para la ecología del sujeto (Reyes, 2006).

Los objetivos deben de ser establecidos por el cliente. El terapeuta le puede ayudar a plantearlos con claridad. Es especialmente importante que el cliente formule no sólo lo que quiere que deje de suceder, sino lo que quiere ver en lugar del problema (Tarragona, 2006). Existen diferentes herramientas para este fin, ente ellas:

- ❖ Los cambios pretratamiento: Es una técnica que forma parte del trabajo con excepciones buscado aprovechar las mejorías ocurridas en el intervalo de tiempo entre el periodo de consulta y la primera sesión (Villanueva, 2007).

Gingerich & De Shazer (1991; citados por Schade, Beyebach, Torres y González, 2009) encontraron que si se le pregunta al cliente por cambios que pudo haber hecho antes de asistir a la consulta, se observa que, efectivamente, algunos los han hecho.

"Muchas veces entre la llamada para pedir consulta y la primera sesión, las personas notan que las cosas ya parecen diferentes, ¿qué has notado en tu caso?" (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990; citados por Schade, Beyebach, Torres y González, 2009).

El uso de esta técnica no termina con la primera respuesta del cliente ante la pregunta elaborada, sino que continua ampliando las mejorías encontradas para luego conocer los factores que ayudaron a que dichos cambios se dieran (Villanueva, 2007).

- ❖ Las Excepciones: Consiste en buscar información acerca de las situaciones en las que por alguna razón, el problema no ocurre. "¿Qué es diferente en las ocasiones en que no pelean?, ¿no se hace pipí?, ¿Cómo conseguiste que sucediera?" (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990; citados por Schade, Beyebach, Torres y González, 2009).

- ❖ La pregunta del milagro: Es la técnica que más caracteriza a la TCS probablemente porque es la que se emplea con mayor frecuencia debido a sus resultados positivos (Villanueva, 2007). Esta pregunta básicamente invita al cliente a que imagine qué sería distinto si el problema que le preocupa se solucionara. Kim y De Jong (2002; citados por Tarragona, 2006) enfatizan la importancia de hacer la pregunta del milagro

correctamente, con calma y con cierta dosis de dramatismo. No se debe de utilizar a la ligera ni frecuentemente, generalmente la Pregunta del Milagro se formula más o menos así:

“Suponte que mientras estás durmiendo esta noche y toda la casa está en silencio, ocurre un milagro. El milagro es que el problema que te trajo aquí se soluciona. Pero como estabas dormido no sabes que el milagro ha sucedido. Así que, cuando te despiertes mañana en la mañana, ¿qué será diferente que te haría darte cuenta de que hubo un milagro y que el problema que te trajo aquí se ha solucionado?” (De Shazer en De Jong y Kim Berg, 2002; citados por Tarragona, 2006).

Esta pregunta es sumamente útil por varias razones. Muchas veces cuando se tiene un problema no se ven alternativas. Como la pregunta del milagro es hipotética y no es «real», permite que los clientes se den la libertad de imaginar un escenario libre del problema sin censurar sus ideas. La respuesta a la pregunta del milagro contiene las claves para las soluciones al problema y las metas de la terapia (Tarragona, 2006). Al igual que en el cambio pretratamiento, el trabajo continua ampliando cada cambio futuro para luego hacer una atribución de control (Villanueva, 2007).

- ❖ Las soluciones intentadas: Pregunta que permite conocer cuáles son las soluciones que los pacientes han puesto en práctica y no han servido para resolver el problema. Es importante que el terapeuta las identifique ya que es el camino seguro por donde el terapeuta no se debe ir o sugerir las mismas soluciones que hacen que se perpetúe el problema (Rodríguez-Arias & Vereno, 2006; citados por Schade, Beyebach, Torres y González, 2009).
- ❖ El uso de escalas: Otra de las herramientas es una escala subjetiva con la que el cliente puede evaluar, entre otras cosas: la intensidad del problema, su grado de esperanza en que las cosas cambien, cuánta confianza siente en que cambiarán, el progreso que ha hecho desde la última sesión, en qué

punto se sentirá satisfecho y muchas más. El terapeuta puede dibujar una línea vertical en un papel y poner un número uno en un extremo y un diez en el otro. El uno puede representar el problema en su grado máximo y el diez la ausencia del problema. Se le puede pedir al cliente que indique en qué punto está el problema en la actualidad, dónde ha llegado a estar en su peor momento, en qué número tendría que estar para que él sintiera que las cosas van mejor o a qué nivel quisiera que llegara para darse cuenta de que la terapia ha funcionado (Tarragona, 2006). El uso de escalas es sumamente útil. Establece una «línea base» y puede ser un punto de referencia constante en las sesiones. Las escalas se pueden utilizar en muchas situaciones diferentes y se pueden adaptar para usarse con niños (Kim Berg y Steiner, 2003; citados por Tarragona, 2006).

3.1.1 Entrevista inicial

El primer contacto es la iniciación de la relación terapéutica, ya que se realiza una primera interacción con el cliente. En este primer contacto Nardone y Watzlawick (1992; citados por Reyes, 2006) plantean: “crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, dentro de la cual pueda llevarse a cabo tanto la investigación diagnóstica como las primeras maniobras de adquisición de capacidad de intervención. Por ello, la estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente”. Este paso en sí incluye una evaluación inicial del modelo comunicativo del cliente y del entorno en el que se desenvuelve (Reyes, 2006).

De acuerdo a Tarragona (2006; citado por Aramayo, 2011), como resultado de la entrevista se desarrollan tres tipos de relaciones entre terapeuta y el cliente:

- Cliente visitante: personas que no parecen tener un motivo de consulta y la razón por la que se encuentran en el consultorio es que se les llevó o alguien les dijo que fueran o les envió el juez o casos parecidos.

- Cliente demandante: es el cliente que tiene un motivo de consulta aunque este sea confuso, vago, global o específico. O que se ha desarrollado alguna expectativa de solución como resultado de la entrevista.
- Cliente comprador: cuando en el transcurso de la entrevista el demandante da claras muestras de que no sólo tiene buena disposición sino de que quiere hacer algo respecto al problema.

El identificar el tipo de cliente según la terapia centrada en soluciones permite utilizar estrategias de sus mismas técnicas como la pregunta milagro para transformar al interno de visitante a demandante, ya que generalmente llega obligado y reacio a iniciar la terapia (Aramayo, 2011).

En esta entrevista se busca determinar las necesidades de intervención del cliente, en terapia tendemos a denominar a estas necesidades como síntomas, los cuales son conductas disfuncionales y poco adaptativas de las personas. El que un comportamiento sea considerado adecuado o no depende en buena medida de la percepción e interpretación que la persona hace de una situación determinada (Reyes, 2006).

La terapia Breve Focalizada en la Solución de Problemas implica una actitud ecológica en la que se tiene en cuenta y se procura comprender el sistema sociocultural y personal en el que aparecen las quejas y el modo en el que repercuten en el propio sistema de creencias, actitudes, valores y conductas del sujeto (Reyes, 2006).

El modelo de entrevista de esta terapia, pretende incidir en dicho sistema desde las primeras interacciones con el/la terapeuta, intentando generar cambios en el citado sistema que conduzcan a la aparición de soluciones eficaces y eficientes para el problema presentado (Reyes, 2006).

Normalmente no hay mejor experto en el problema del cliente que el mismo cliente. No en vano suele ser quien más ha convivido con su trastorno o “síntoma”. También suele haber intentado una o varias soluciones que o bien no han tenido éxito, o si lo tuvieron fue en un contexto o momento determinado pero que hace tiempo que dejaron de resultar eficientes (Reyes, 2006).

En estas situaciones el cliente queda “atrapado” en esos intentos pasados de solución, repitiéndolos de manera sistemática pero inútil para resolver el problema tal y como ahora se le presenta. Conviene al terapeuta por tanto saber qué ha intentado hacer previamente el cliente y qué resultados obtuvo, para evitar volver a repetir algo que ya ha demostrado su inutilidad o para determinar bajo qué circunstancias y contextos resultaba útil (Reyes, 2006).

3.1.2 Entrevista motivacional

El logro de los objetivos en terapia puede conseguirse a través del uso de estrategias motivacionales; para esto el terapeuta debe poseer habilidades comunicativas clínicas especializadas, formación en el modelo de los estadios de cambio (Modelo Transteórico) y la entrevista motivacional. De esta forma, al entender el proceso de cambio de una persona como un proceso cíclico por etapas mediado por barreras de tipo motivacional, el terapeuta debe ayudar al consultante a detectar aquellos elementos que impiden o dificultan su tránsito por las etapas del cambio. La estrategia clínica de entrevista motivacional ha identificado los objetivos principales que el terapeuta debe alcanzar en cada uno de los estadios de cambio por los cuales pasa el consultante en su proceso (tabla 1) (Pérez y cols., 2006; citados por Hewitt y Gantiva, 2009).

Tabla 1. Objetivos de la entrevista motivacional para lograr el cambio en el consultante

<i>Etapa motivacional</i>	<i>Barrera principal</i>	<i>Objetivo de la entrevista motivacional</i>
Pre contemplación	No conciencia	Promover la toma de conciencia
Contemplación	Ambivalencia	Explorar las preocupaciones. Promover la discrepancia
Preparación	Ambivalencia	Ofrecer información y consejo neutro. Dar opciones
Acción	Falta de compromiso	Fortalecer el compromiso y la autoeficacia hacia el cambio
Mantenimiento	Inestabilidad	Apoyo. Prevención de recaídas
Recaída	Desesperanza	Evitar la crítica y la desmoralización, aumenta la autoeficacia y renovar el compromiso

Fuente: Hewitt y Gantiva, 2009.

Para lograr estos objetivos, el terapeuta debe evaluar inicialmente la etapa motivacional en la cual se encuentra el cliente, debido a que el uso de intervenciones incoherentes con la etapa motivacional generan en el consultante resistencia al cambio (Gantiva y Flórez, 2006; citados por Hewitt y Gantiva, 2009).

Miller y Rollnick (1999; citados por Hewitt y Gantiva, 2009), autores de la entrevista motivacional, la definen como un estilo de entrevista clínica centrada en el cliente, que busca provocar un cambio en el comportamiento a través de la exploración y resolución de la ambivalencia. Su aplicación se realiza de forma progresiva en función del estadio de cambio; permite disminuir y darle un giro a la resistencia de los consultantes.

El terapeuta que aplica la entrevista motivacional debe poner en práctica una serie de técnicas denominadas OARS (por sus siglas en inglés, *O*pened ended

questions; Affirmations; Reflective listening; and Summaries) (Miller y Rollnick, 1999; Wagner y Connors, 2003; citados por Hewitt y Gantiva, 2009), y son:

1. Preguntas abiertas: Las respuestas a las preguntas abiertas obligan a las elaboraciones de información y emoción asociadas con lo que se dice, lo cual favorece el procesamiento de información acorde con la búsqueda de aumento de la conciencia con respecto al problema.
2. Afirmar: hace referencia al apoyo proporcionado al consultante, lo cual puede realizarse por medio de comentarios positivos y frases de apoyo y comprensión.
3. Escucha reflexiva: Es un proceso de escucha atenta pero directiva, debido a que la reflexión no es un proceso pasivo; por el contrario, el terapeuta decide y dirige el tema sobre el cual reflexionar y aquel al cual ignorar; además de identificar en qué se debe hacer énfasis y en qué no, así como las palabras a utilizar para lograr el objetivo y la atención del consultante. Esta reflexión se caracteriza por no hacerse en tono de pregunta sino de afirmación, donde se identifica el significado del mensaje original y se expresa por medio de una frase.
4. Resumen: El resumen permite prestar mayor atención a los elementos importantes en la discusión y cambiar la atención o dirección sobre aspectos relevantes. Es recomendable hacerlo con frecuencia para no almacenar mucha información que puede ser olvidada o descontextualizada al realizar el resumen.

3.1.3 Búsqueda de excepciones

El primer supuesto de esta terapia es que la gente, cuando pide ayuda, ya tiene una idea sobre cómo solucionar el problema. La función del terapeuta es detectar esta idea, simplificarla y devolverla al consultante para que éste siga solucionando el problema por sí mismo (Espina y Cáceres, 1999).

Basta con que el terapeuta investigue sobre la existencia de excepciones; es decir, momentos en que el problema no existe. Si son deliberadas y resuelven el

problema, basta hacer más de lo mismo y se acabó la terapia. Si son espontáneas, se pueden hacer al azar o hacer lo más fácil que puede funcionar; en ambos casos se dará un indicio de cómo reacciona el consultante y servirá para hacer la prescripción de la siguiente sesión según haya sido su respuesta (Espina y Cáceres, 1999).

Si no hay excepciones, se construye una hipotética. El foco se pone en algo pequeño y fácil de hacer experimentalmente. Si la descripción futura es vaga, se puede solicitar una tarea de observación, que se centre en detectar todo lo que el consultante hace ahora y que le gustará seguir haciendo cuando todo se solucione (Espina y Cáceres, 1999).

3.2 Proceso terapéutico

3.2.1 Autocontrol y solución de problemas

Desde el punto de vista conceptual, el autocontrol se define como la distribución del comportamiento para obtener consecuencias significativas a largo plazo (Rachlin, 2002; citado por Hewitt y Gantiva, 2009). De esta forma, se identifica un conflicto entre impulsividad (escoger la consecuencia inmediata) y autocontrol (escoger la consecuencia lejana); desafortunadamente, las personas suelen ser más impulsivas que autocontroladas, debido a que resulta más fácil organizar el comportamiento con base en lo que se encuentra disponible en determinado momento, pues el refuerzo pierde valor de acuerdo con que tan lejano esté (Hewitt y Gantiva, 2009).

Las principales fases del entrenamiento en autocontrol (Labrador, 1998; citado por Hewitt y Gantiva, 2009) y en solución de problemas (Caballo, 1995; citado por Hewitt y Gantiva, 2009) utilizadas en la terapia breve son:

- ❖ Auto observación y registro de comportamiento: La autoobservación y el registro permiten construir una línea de base del comportamiento, dar

retroalimentación directa al consultante y evaluar la efectividad del tratamiento.

- ❖ Establecimiento de metas: Se trata de fijar en conjunto con el consultante metas realistas que puedan ser alcanzadas por él. Las metas son evaluadas y construidas en todas las sesiones y se busca fortalecer la autoeficacia a través de su logro. De igual forma, deben ser formuladas en términos que permitan su medición y evaluación, por lo que metas como “ser mejor persona” o “no tomar tanto” son poco adecuadas, pues no permiten una evaluación objetiva; estas metas pueden ser formuladas como: “disminuir a cinco el número de groserías que le digo a mi pareja” o “disminuir a dos el número de días que consumo alcohol y tomar máximo cuatro cervezas por ocasión”.
- ❖ Identificación de antecedentes y consecuentes: Identificar dichos factores es fundamental para que la persona entienda su propio comportamiento y pueda construir en conjunto con el terapeuta alternativas de solución que afecten los antecedentes o los consecuentes.
- ❖ Planeación del cambio: en esta fase se construyen o se buscan alternativas relacionadas con los factores identificados previamente, tales como cambios cognitivos, emocionales, control de estímulos o cambios de contingencias. Adicionalmente, se desarrollan planes de acción para llevar a cabo dichas alternativas, que deben contemplar todas las posibles dificultades para llevarlos a cabo, con el fin de acercar al máximo a la persona a la conducta manifiesta que se quiere desarrollar.
- ❖ Toma de decisiones: este proceso puede observarse en varias etapas de la intervención breve: al inicio, cuando la persona toma la decisión de cambiar su comportamiento; y en la fase de solución de problemas, cuando el

consultante decide cuál de las alternativas propuestas es la más acertada para llevarla a cabo como forma de controlar o solucionar un problema.

- ❖ Autoevaluación y autorrefuerzo: una vez que estas alternativas son llevadas a la práctica, la persona debe evaluar su efectividad en términos de las consecuencias positivas y negativas tanto para él como para el contexto en el cual se desarrolla. Si la valoración es positiva, la persona puede proponer alternativas de refuerzo (actividades o elementos); si es negativa, debe retroceder hasta la planeación del cambio para tomar otra alternativa posible y ponerla en práctica.

3.2.2 Retroalimentación

En cada sesión de Terapia Centrada en Soluciones el terapeuta le da al cliente una retroalimentación cuidadosamente formulada. Si se cuenta con un grupo de colegas observando la sesión, el terapeuta le pide a los clientes tomar unos minutos para hablar con el equipo y regresar más tarde con un mensaje de parte del equipo. Incluso si el terapeuta está trabajando solo, es común que les pida a los clientes unos minutos para pensar y después darles su retroalimentación. Ésta tiene tres componentes: un “halago” con el que se reconoce algo positivo del cliente, un “puente” que tiene que ver con sus metas y una tarea que generalmente tiene que ver con que observe qué es distinto cuando las cosas están mejor o que haga más de lo que le ha funcionado (De Jong y Kim-Berg, 2003; citados por Tarragona, 2006).

Cuando se trabaja con este modelo, es común empezar las sesiones preguntando “¿Qué ha mejorado desde que nos vimos la última vez?” Desde ahí se contribuye a crear una expectativa de cambio y a establecer el tono de las sesiones, en las que hay un gran interés por conocer y aprovechar lo que el cliente ya está haciendo para mejorar su situación (Tarragona, 2006).

3.2.3 Improvisación

Una de las grandes herramientas del terapeuta que sigue esta corriente, es la improvisación. El terapeuta que utiliza la improvisación reconoce en las diversas escuelas, tendencias y modelos otras tantas estrategias.

Cuando se consideran las terapias como canciones, es más fácil despertar la creatividad. Con este cambio en la contextualización de la terapia, asistimos al surgimiento de una nueva profesión, equivalente a la de un compositor psicoterapéutico. Los inventores de una escuela de psicoterapia escriben solo una obra musical y después se pasan el resto de la vida tratando de persuadir a los demás de que la toquen. En cambio los compositores profesionales se dedican a escribir tantas canciones como situaciones diferentes los muevan a componer.

A continuación se presentan una variedad de estrategias, cada una de las cuales es una exposición resumida de una escuela, tendencia o modelo terapéutico diferente, las cuales pueden ser utilizadas por el terapeuta improvisador de acuerdo a la situación terapéutica presentada (Keeney, 1992).

❖ *La técnica del mental Research Institute Invertida*

El modelo terapéutico expuesto por Watzlawick, Weakland y Fisch (1974; citados por Keeney, 1992), psicoterapeutas del Mental Research Institute (Instituto de Investigaciones Mentales, MRI), es uno de los enfoques más conocidos de la terapia breve para la resolución de problemas. Postula que los problemas perduran y se exacerban a raíz de que las soluciones que se intentaron fueron inapropiadas. En consecuencia, el cambio en la clase de solución abre un camino hacia la modificación deseada.

La técnica del MRI invertida es una estrategia terapéutica opuesta. La terapia empieza igual: solicitando información sobre el problema presentado y los intentos anteriores de resolverlo; pero en la siguiente etapa se invierte la estrategia del MRI (Keeney, 1992).

El terapeuta analiza con el cliente los problemas que se adecuan a las soluciones previamente intentadas. Se encara cualquier esfuerzo por resolver el problema actual que desemboque en un fracaso, o sea: buscando el problema que ese proceder resolvió (Keeney, 1992).

❖ *La experiencia de un problema solido*

En esta estrategia la conversación terapéutica inicial se centra estrictamente en las descripciones del problema, sin indagar en absoluto acerca de las soluciones intentadas.

Tras el análisis, el terapeuta consultara libros de texto que permitan establecer una diferencia entre el problema del cliente y la bibliografía. A partir de ahí, desarrollara intervenciones que prescriban una conducta destinada a convertir el problema en ciento por ciento solido (Keeney, 1992).

❖ *Terapia de la curiosidad*

Esta se inicia desde la primera sesión explicando que no se hablara de los problemas del cliente. Se le dará a elegir algún otro tema que pudiera despertar su curiosidad, haciéndole saber que esto es con la intención de despejar su mente sobresaturada del problema.

Una vez que el cliente ha determinado el/los temas que más curiosidad le despierta, el terapeuta inventa una intervención cuyo objetivo es simplemente mantener el tema terapéutico de la curiosidad. Los seguimientos y las conversaciones terapéuticas siguientes procuraran evaluar la intensidad de esta curiosidad, los efectos de la distracción, etc. Jamás se discuten los problemas, sobre la base de que la solución más eficaz radica en crear una distracción (Keeney, 1992).

❖ *Comenzar por el final*

Esta estrategia terapéutica pasa por alto la comprensión de la situación en que se encuentra el cliente y comienza por el final, con una intervención. La primera intervención se selecciona totalmente al azar, la sesión siguiente empieza con una evaluación del resultado. Si se experimentó la intervención como intrascendente, se la abandona por completo; si estuvo “tibia”, se asigna otra del mismo tipo; si dio en el blanco, solo será menester ajustarla un poco.

En esta estrategia, el resultado de cada intervención establece el diseño de la siguiente. Con este simple ciclo de realimentación se dejan de lado las etapas iniciales e intermedias de la terapia, ya que uno empieza por el final y ahí se queda.

3.3 El cierre

Cuando se ha construido un proceso con una persona, una pareja o una familia, llega inevitablemente el momento del cierre, de terminar el proceso. Este cierre confronta a los integrantes del sistema terapéutico a la problemática de la separación y la forma en que cada uno vive este momento (Tapia, 2008).

Existen algunas formas en las cuales se cierra un proceso: por deserción, luego de hacer una evaluación (aunque aquí puede aparecer una nueva demanda), o también luego de un seguimiento (aunque también puede ser una situación que haga emerger una nueva demanda), lo cual, conduce al sistema terapéutico, de nuevo hacia el proceso (Tapia, 2008).

3.3.1 Cierre por deserción

La mayoría de los casos terminan en una deserción, las personas simplemente dejan de asistir. Esta situación puede ser muy angustiante, sobre todo al inicio de la práctica terapéutica, porque quedan muchas interrogantes sobre lo que pudo haber sucedido. Sin embargo, como menciona Tapia (2008), es importante considerar que existen algunas razones por las cuales las personas dejan de ir:

- *La demanda fue cumplida en la primera consulta:* lo cual implica que la persona se siente satisfecha con lo que se ha trabajado y no desea profundizar más sobre el tema. Esta situación es más común cuando se trata de una intervención en crisis, ya que la persona, luego de haberse “descargado” de lo que hacía crisis, se siente tranquila y encuentra la fortaleza para seguir su camino sin necesidad de ayuda y no desea hacer ningún cambio en su vida.
- *La persona no encontró lo que estaba buscando:* Esta situación puede aparecer en relación con varios factores. Algunas veces, las personas esperan una solución mágica a sus problemas, esperan que el terapeuta les diga qué hacer frente a lo que están viviendo y cuando éste redefine la relación y les plantea una elaboración conjunta, esto no llena sus aspiraciones, por lo cual, sintiéndose decepcionados, pueden demostrar un acuerdo inicial y luego no asistir.

Cualquiera que sea la situación planteada, es necesario que el terapeuta se interrogue sobre lo que hizo y lo que pudo haber influido para que la persona no regrese, pero sin caer en el extremo de hacerse totalmente responsable de la ausencia del consultante, ya que no es posible “culpase” de esta ausencia, porque existe la posibilidad de que la primera entrevista haya sido suficiente (Tapia, 2008).

3.3.2 Evaluación y cierre

Es posible plantear una evaluación y el cierre del proceso, cuando se ven algunos de los signos de mejoría. Se puede plantear la evaluación del proceso para ver los aspectos positivos y los negativos que se han vivido en su transcurso. También puede ser un buen momento para reforzar, mediante connotaciones positivas, lo que se percibe durante la sesión, señalar los cambios que han logrado y plantear una entrevista de seguimiento, generalmente un mes después, para verificar si los cambios se mantienen (Tapia, 2008).

Si todos los signos así lo indican y el paciente está dispuesto a cerrar el proceso, se plantea la evaluación del mismo, en cuanto a sus aspectos positivos y negativos. Luego de lo cual, se señalan las implicaciones de la despedida y se plantea una reunión de seguimiento. Si la reunión de seguimiento no es aceptada, entonces se acostumbra a mencionar que el terapeuta queda a disposición del paciente, para cualquier consulta posterior y con esto se da por terminado el proceso (Tapia, 2008).

3.3.3 Seguimiento y cierre

Tapia (2008), menciona que finalmente, si se ha cerrado el proceso y se está de acuerdo en volver a encontrarse con el terapeuta para una reunión de seguimiento, éste puede plantearla, alrededor de un mes después, para verificar que los cambios perduran a través del tiempo.

En ocasiones el paciente se presente mencionando que, durante el tiempo transcurrido han sucedido muchas cosas, sobre las cuales quisiera un acompañamiento para enfrentarlas. Frente a una nueva demanda, si bien es cierto, se vuelve a un nuevo proceso terapéutico, se sale más rápido, debido a que se han encontrado nuevas formas de enfrentar las circunstancias vividas (Tapia, 2008).

El paciente manifiesta su tranquilidad porque los cambios se han mantenido y perduran en el tiempo; e incluso, algunas veces, mencionan que existen otros cambios que se han gestado en las relaciones durante el tiempo que ha transcurrido. Generalmente, en esta reunión, es como volver a encontrarse con una “vieja amiga”, luego de algún tiempo, a la cual se le dan las novedades de lo que ha sucedido en el tiempo que no se han visto (Tapia, 2008).

4. ÁREAS DE APLICACIÓN

La terapia centrada en soluciones está basada en las propias soluciones y excepciones de los clientes a sus propios problemas, es aplicable a la mayoría de las dificultades que enfrentan los clientes, y como tal ha sido aplicada a casi todos los problemas vistos por los clínicos (Lee y Oshlag, 2007; citados por Aramayo, 2011).

4.1 *Psicología clínica*

4.1.1 *Terapia individual*

Dentro de la terapia individual la terapia centrada en soluciones tiene diferentes aplicaciones. Para ejemplificar esto Aponte (2011) expone un estudio de caso, que muestra la eficacia de la Terapia Centrada en Soluciones en el tratamiento del duelo patológico.

En este estudio se realizaron 6 sesiones terapéuticas. En la primera sesión se delimitó el motivo de consulta. El punto central en la primera entrevista fue el sentimiento de culpa que tenía el paciente desde el momento del fallecimiento del padre; siendo que él no se encontraba en estado muy conveniente (estaba mareado) pero aun así lo ayudó. Después de delimitar el problema se buscaron las excepciones (Aponte, 2011).

Posteriormente se observaron los pequeños cambios producidos a partir de la primera sesión. Gradualmente el paciente se dio cuenta de que no era responsable de la muerte de su padre. El tratamiento se enfocó más en el manejo del duelo dentro de la familia, como son los recursos familiares para hablar de la muerte (Aponte, 2011).

Los cambios producidos a partir de la despedida de su padre, fueron positivas ya que el sentimiento de culpa desapareció casi por completo, pero cuando suele regresar, él utiliza las estrategias aprendidas durante las sesiones de terapia. Las

herramientas que se le dieron le permitieron romper sus esquemas y pensar en cosas diferentes a las que estaba acostumbrado (Aponte, 2011).

Como se ha mencionado con anterioridad y como se observa en este caso, las principales herramientas de esta terapia son aquellas con las que cuenta el paciente en sí. El terapeuta se encarga de ayudarlo a ver aquellas excepciones de lo que él ha delimitado como problema, así como romper con aquellos esquemas preestablecidos que no le son funcionales.

Otro ejemplo de la utilización de la terapia centrada en soluciones, es el estudio presentado por Aramayo (2011), un caso de reinserción social de un agresor sexual, logrando objetivos como que el paciente pudiera ejercer control de sus impulsos agresivos y la de reorganizar los vínculos familiares rotos por la ejecución del delito, esto se logró, mediante metas por concebir, excepciones que se fortalecieron por medio de elogios y se enseñaron a ampliar estos recursos mediante el uso de escalas. En este caso se utilizó una entrevista semiestructurada a profundidad, un genograma y técnicas de la terapia centrada en soluciones.

La eficacia de la terapia breve centrada en soluciones en este caso deja ver que sus técnicas son idóneas para trabajar con internos adolescentes en centros de rehabilitación, no sólo con adolescentes con un historial delictivo de agresión sexual sino de todo tipo de delitos en los que está envuelta la falta de control de impulsos (Aramayo, 2011).

Una de las bondades del proceso terapéutico es no ser rígido, estar centrado en el cliente y lo que él pueda hacer, permitiendo generar confianza en sí mismo y seguridad en que puede controlar sus impulsos agresivos. La terapia centrada en soluciones aplicada a la psicoterapia en centros penitenciarios abre las puertas al tratamiento de muchas conductas patológicas que hacen que los internos reincidan, esta terapia permitiría lograr que el interno encuentre aquellos recursos

propios y los fortalezca haciendo su posibilidad de reinserción mayor (Aramayo, 2011).

Por otro lado, Sánchez y Téllez (2015), exponen un estudio de caso en el cual trataron a un paciente con síntomas por abuso sexual en la infancia. En este caso, no solo utilizaron la TCS, sino que también hicieron uso de la hipnoterapia. Para evaluar a este paciente utilizaron diferentes escalas con adecuadas propiedades psicométricas, para evaluar ansiedad y depresión (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria), estrés (Escala de Estrés Percibido), optimismo (Escala LOT-R), nivel de satisfacción de uno mismo (Escala de Autoestima de Rosenberg), además de la escala usualmente en la TCS para medir el avance obtenido en terapia.

En este tratamiento se llevaron a cabo trece sesiones, la primera de evaluación, las otras diez de terapia como tal y las dos restantes fueron de seguimiento. Los resultados de combinar los dos tipos de terapia en este caso, fueron muy favorables, esto se vio reforzado al no observar recaídas en los meses posteriores a la intervención. Este caso da un claro ejemplo de la flexibilidad de la TCS que podría considerarse como una más de sus cualidades (Sánchez y Téllez, 2015).

4.1.2 Terapia familiar

La familia en esta terapia se concibe como un sistema vivo que evoluciona durante el transcurso de unas etapas vitales particulares y que responde a las demandas de adaptación exigidas por el ambiente (Vanegas, Barbosa, Alfonso, Delgado y Gutiérrez, 2012). Mc Goldrick (1985; citado por Vanegas, Barbosa, Alfonso, Delgado y Gutierrez, 2012), quien es una terapeuta familiar reconocida por su trabajo de investigación con genogramas; las personas y sus problemas no están en un vacío, sino que por el contrario están vinculados con sistemas más amplios dentro de los cuales el más importante es la familia.

Siguiendo esta línea, Schade, Beyebach, Torres y González (2009) describen el caso de un paciente somatomorfo, con cefaleas tensionales, trastornos digestivos funcionales, taquicardia, insomnio y cansancio. Por esta causa recibió tratamiento medicamentoso y previamente se habían realizado diversos exámenes clínicos con el fin de determinar la causa de dichos malestares, pero sin resultado positivo.

La primera entrevista la realizó una psicóloga con la colaboración del médico de familia que atiende normalmente al paciente. La médico de familia cita al paciente para ser atendido y la respuesta fue muy positiva, especialmente porque iba a participar el médico que la atiende regularmente (Schade, Beyebach, Torres y González, 2009).

Posteriormente se pregunta por los avances en la escala y por las tareas que él mismo se impuso. En cada una de las sesiones se revisa si el dolor ha disminuido y se le pide que él mismo proponga las tareas a realizar para la siguiente. En la última sesión, el paciente describe que tras la intervención su estado de ánimo depende mucho de él y que ya no le da tanta importancia a los problemas, sino que hay que buscarle más bien la solución que pensar tanto en ello (Schade, Beyebach, Torres y González, 2009).

En este caso la terapia demostró ser breve y segura en dirección de un cambio positivo, para que en el futuro sea considerada en otras investigaciones que corroboren su efectividad en el tratamiento de pacientes somatomorfos que concurren a la atención primaria de salud (Schade, Beyebach, Torres y González, 2009).

4.1.3 Terapia de pareja

La pareja es un sistema con elementos particulares, y el psicoterapeuta debe abordarlo como tal. Se debe reconocer la terapia de pareja como un campo con elementos propios que si bien se relacionan con los conceptos aplicables a la terapia de familia, debe desligarse de ellos. El terapeuta debe emplear métodos

que respeten las creencias, valores e historia de los integrantes de la pareja (De la Espriella, 2008).

Si bien existen muchas escuelas de terapia de pareja, con diversos enfoques, presupuestos, técnicas y definiciones (Lieberman, González-Díaz y Catalán-Frías, 1987; citados por De la Espriella, 2008), todas hacen hincapié en la importancia de la comunicación y la necesidad de desarrollar estrategias de resolución de conflictos (Ochoa, 1995; citado por De la Espriella, 2008).

Para evaluar, como en la terapia individual, se comienza con la entrevista inicial. Es necesario disminuir las ansiedades de los participantes acerca de la terapia; por ello el terapeuta debe mostrarse neutral, al permitir a ambos participantes la expresión de sus puntos de vista, además de reconocerles los esfuerzos realizados previamente y la asistencia a la terapia. En esta etapa se debe realizar la historia de la relación y ampliar la información a las familias de origen. Además, se debe ubicar a la pareja dentro del ciclo vital propio (De la Espriella, 2008).

La intervención debe estar centrada en las características de la comunicación de la pareja y se intentan cambios en los patrones rígidos. Es necesario intentar incrementar los intercambios reforzadores gratificantes, reconocerlos y disminuir o evitar las interacciones adversas o pautas rígidas de interacción (De la Espriella, 2008).

Así mismo, se debe dar un seguimiento a las tareas, se trata de obtener pruebas de los cambios, se introducen nuevas estrategias de solución (partiendo de las estrategias ya utilizadas) y se refuerza el compromiso por el cambio. En la terapia sistémica se acostumbra dejar un intervalo prolongado entre sesiones para evidenciar el cambio y permitir que la pareja utilice estrategias propias (De la Espriella, 2008).

Guajardo y Cavazos (2013), utilizaron la Terapia Centrada en Soluciones e intervención cognitivo-conductual en un caso de violencia en el noviazgo, una mujer acude a terapia por tener problemas en la escuela y trabajo, para comunicarse con los hombres, esto asociado al abuso recibido en su anterior relación. Se llevaron a cabo ocho sesiones presenciales y dos sesiones telefónicas, estas últimas fueron de seguimiento para saber si los resultados se mantuvieron con el paso del tiempo.

En este trabajo se llegó a la conclusión que esta intervención es efectiva en mujeres que han sufrido abuso sexual y violencia en el noviazgo. Se incrementó la autoestima de la paciente, mejoro la relación con su padre y logro asimilar como una experiencia de aprendizaje su relación anterior (Guajardo y Cavazos, 2013).

4.2 Psicología de la salud

La psicología de la salud es aquella que tiene por objetivo lograr el desarrollo de habilidades personales, estimular el diálogo entre diferentes “saberes”, crear condiciones para que las personas tomen conciencia y se capaciten para reconocer, expresar las necesidades de salud y tomar decisiones, analizando de manera crítica sus condiciones de salud (Werner y Cols, 2001; citados por Pinto y Claros, 2010).

Pinto y Claros (2010), tuvieron como objetivo lograr la adherencia al tratamiento de epilepsia infantil dentro de una familia de origen aymara. La familia se encontraba motivada por las creencias culturales sobre la enfermedad y el dolor que obstaculizan el cuidado y apego hacia la paciente identificada. La terapia condujo a la expresión de sentimientos, a entender el impacto de la enfermedad en la familia, al reconocimiento del rol de la cuidadora primaria de la madre y finalmente a evaluar los factores personales, sociales, de la enfermedad y servicio de salud para lograr la adherencia al tratamiento.

Desde la intervención de la Terapia Clínica Sistémica en la vertiente de la Terapia Breve Sistémica Centrada en Soluciones, se trató el caso de la familia de un paciente de epilepsia debido a la emergencia médica del caso. Se realizaron dos sesiones separadas por un mes de tiempo (Pinto y Claros, 2010).

Tras la intervención se distinguió como la familia se activó en función al síntoma, la epilepsia. La madre se encargó por completo del cuidado, rol asumido y encargado de manera automática por el resto de la familia. Y finalmente la hermana mayor asumió el rol que correspondía al padre, el de apoyo y respaldo hacia la madre. Por estas razones, la eficiencia de la terapia para alcanzar de la adherencia al tratamiento radicó estrechamente con el cambio en la intervención, de aquella dirigida únicamente a la hija mayor realizada por el Centro de Educación por llevar y recoger a su hermana, hacia aquella intervención con todos los miembros de la familia presentes (Pinto y Claros, 2010).

Pinto y Claros (2010) consideran sumamente importante que las intervenciones en estos casos se hagan desde la etapa del diagnóstico, con acompañamiento continuo y el contacto de grupos llamados de ayuda mutua, investigando las maneras más efectivas de que los cambios logrados sean permanentes y las actuaciones de la familia sean flexibles de acuerdo al ciclo vital.

Así mismo, Martínez, García y Estrada (2016), utilizaron la TCS en la adherencia a un tratamiento nutricional, en este trabajo a diferencia del anterior, no se enfocaron en una sola familia o paciente, esta aplicación fue realizada en un grupo de mujeres con problemas de sobrepeso y obesidad. En este estudio se observó una tendencia a aumentar la adherencia en las mujeres participantes, las cuales también mostraron mayor implicación personal y percepción de apoyo social.

Así mismo, Cordero, Cordero, Natera y Caraveo (2009) exponen una investigación de la aplicación de la Terapia Centrada en soluciones en el tratamiento de la dependencia al alcohol. En este trabajaron con dos grupos de 30 dependientes al

etanol cada uno, el primer grupo buscaba modificar su nivel de consumo de alcohol y el segundo pretendía modificar los problemas asociados a su consumo.

En este trabajo dividieron la intervención en tres fases, en la primera se identificó a los sujetos a participar y se caracterizó su historia de consumo de alcohol; la segunda fue la aplicación de la TCS; y la tercera consistió en una fase de seguimiento doce meses después de la última sesión de terapia. Como resultado a estas intervenciones, observaron que la TCS tuvo mejores resultados en dependientes que buscaban modificar los problemas asociados con su consumo de alcohol (Cordero, Cordero, Natera y Caraveo, 2009).

4.3 Psicología Educativa

Los principios y las técnicas centradas en soluciones se han aplicado en el campo de la educación con alumnos de todas las edades y en una gran variedad de formatos: tutorías e intervenciones individuales (Franklin y cols., 2001; citados por Beyebach, 2012); las sesiones grupales con alumnos, padres y profesores (Metcalf, 1995; citado por Beyebach, 2012); el trabajo con grupos de alumnos centrados en temas específicos como los problemas académicos (Newsome, 2004; citado por Beyebach, 2012) o la prevención del consumo de drogas (Froeschle, 2007; citado por Beyebach, 2012); las escuelas de padres (Selekman, 1993; citado por Beyebach, 2012); el trabajo de los maestros en el aula (Kelly, 2012; Osenton & Chang, 1999; citados por Beyebach, 2012); e incluso la reorganización de todo un centro educativo (Franklin & Streeter, 2004; Mahlweg & Sjöblom, 2004; citados por Beyebach, 2012).

Diversas investigaciones experimentales y cuasi-experimentales han comenzado a documentar empíricamente la efectividad de este tipo de intervenciones, consiguiendo tamaños de efecto moderados y altos (Kim y Franklin, 2008; citado por Beyebach, 2012). Así, varios estudios han mostrado la efectividad del modelo centrado en soluciones para abordar conductas de riesgo y problemas de

conducta en el aula (Franklin, 2008; Franklin, 2001; Froeschle, 2007; citados por Beyebach, 2012) y también hay algunas investigaciones que han documentado su efecto positivo sobre las calificaciones académicas (Franklin, 2007; Newsome, 2004; citados por Beyebach, 2012).

Continuando con estas investigaciones, Morales, González y Molina (2014), realizaron un taller de manejo de ansiedad para hablar en público basados en el enfoque cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones. Participaron siete estudiantes universitarios, en cinco sesiones semanales. Se tomó en cuenta no solo la ansiedad, sino también la confianza, el miedo y la seguridad, para medir estos aspectos se utilizaron dos instrumentos diferentes, la Escala Analógica Visual y el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público Reducido.

Los resultados de este taller fueron satisfactorios, ya que se observó una mejoría en la confianza para hablar en público. Algunos de los factores asociados a dicha mejoría son la adherencia que los participantes mostraron ante este tratamiento, así como el que el grupo trabajado resultó homogéneo en cuanto a características presentadas (edad, actividad estudiantil). Como sugerencia los autores mencionan realizar la intervención en un grupo mayor al utilizado (Morales, González y Molina, 2014).

CONCLUSIONES

Como ya se mencionó, en el presente escrito se pretendía explorar el desarrollo de la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) y las diferentes estrategias terapéuticas utilizadas en ella. Así, marcar una comparación y analizar ventajas y desventajas de las propuestas teóricas.

De esta manera, como menciona Pinto y Claros (2010), el hecho de que esta terapia cuente con principios de la terapia sistémica, destaca el proceso de la familia en la solución de problemas del paciente, sus recursos, disposición, sus creencias.

La terapia centrada en soluciones permite identificar el tipo de cliente, lo cual contribuye a utilizar estrategias de sus mismas técnicas como la pregunta milagro para transformar al paciente de visitante a demandante, ya que puede llegar obligado y reacio a iniciar la terapia. La pregunta milagro ayuda a encontrar la meta que guíara la intervención (Aramayo, 211).

Por lo anteriormente mencionado y como ya se expuso en el capítulo anterior de este trabajo, la terapia centrada en soluciones parece aplicable a un amplio espectro de problemas psicológicos, habiéndose utilizado en diversas situaciones clínicas y de contextos de intervención. Sin embargo, no se puede predecir qué casos se pueden beneficiar más de este tipo de tratamiento, ni cuáles están abocados al fracaso. En otras palabras, los datos de los que se disponen no permiten identificar a priori "tipos" de problemas, familias o clientes que sean más susceptibles de fracasar en este tipo de terapia.

Así mismo, el proceso terapéutico al no ser rígido, estar centrado en el cliente y lo que él podría hacer, permite generar confianza en sí mismo y seguridad en que podrá generar un cambio. También el hecho de no tocar el origen de la demanda hace que no se sientan estigmatizados por la problemática de su caso (Aramayo, 211).

Como se expuso en las diferentes áreas de aplicación de esta terapia, sus técnicas ayudan al paciente a distinguir diferentes momentos donde no se sentía “mal” o en que actividades se sentía “mejor”, le permite ver más allá de su problema y ver los cambios que quiere que sucedan, entre otras cosas (Aponte, 2011). Otra de las ventajas de esta terapia, es que permite en corto tiempo (hasta un máximo de diez sesiones) tratar la problemática principal de los pacientes (Aramayo, 211).

Tras la realización de este trabajo se pudo comprobar que existen muy pocos estudios que han examinado la TCS desde un punto de vista empírico, se recomienda indagar más en diferentes ámbitos utilizando esta particular modalidad terapéutica, ya que la TCS parece eficaz en un considerable porcentaje de los casos en los que se emplea. Como se expuso en los trabajos mencionados anteriormente, buena parte de los clientes tratados con esta modalidad de terapia informaron en el seguimiento que el problema por el que consultaron se había resuelto del todo, o que había mejorado de forma significativa.

Para todo esto, es importante el papel del terapeuta en el manejo de casos, ya que la flexibilidad en el manejo de la terapia permitirá una intervención global al cliente cubriendo todas sus necesidades tanto en el logro de metas como en la cura de heridas emocionales (Aramayo, 211). Así mismo el terapeuta genera confianza en la relación paciente – terapeuta al no asumir la posición de un experto, al no trata de educar a la familia o a la persona que tiene delante y no tratar de corregir supuestos "defectos" ni de proponer normas de comportamiento.

Un aspecto a tener en cuenta es la influencia que el grado de formación de los terapeutas pudiera suponer sobre el resultado de la terapia. El hecho de que no sean mencionadas diferencias significativas entre terapeutas expertos y novatos ni en el éxito ni en la duración de la terapia parece sugerir que la TCS es, tal y como suele considerarse, un método terapéutico relativamente sencillo de aprender, y que no requiere una extensa formación para ser aplicado de forma exitosa. Lo cual resulta una ventaja más de este método terapéutico.

Las investigaciones que se han realizado hasta la fecha acerca de la TCS parecen apoyar la idea de que se trata de un tratamiento breve y eficaz, que produce cambios duraderos y además es aplicable a una variedad de problemas por parte de profesionales que no necesitan una formación extensa para aplicar el modelo. Estas características hacen a la TCS merecedora de ser incluida en estudios controlados sobre la eficacia de la psicoterapia. Aunque esta investigación únicamente fue desarrollada en el ámbito teórico, permite una guía en la comprobación de la eficacia de la terapia centrada en soluciones, en la rehabilitación de diferentes patologías o bien como ya se expuso, en diferentes áreas de la psicología.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, Y. (2012). *Psicología clínica y psicoterapias: como orientarse en la jungla clínica*. Almería.

Aponte, V. (2011). *Terapia centrada en soluciones aplicada a un caso de duelo patológico*. Extraído de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v9n1/v9n1a6.pdf>.

Aramayo, S. (2011). *Terapia centrada en soluciones aplicada a la agresión sexual. Estudio de Caso*. Pp. 132 – 168.

Beyebach, M. (2009). *Integrative Brief Solution – Focused Family Therapy: A Provisional Roadmap*. Universidad Profesional de Salamanca.

Beyebach, M. (2012). *El modelo centrado en soluciones en la orientación educativa*. ACLPP infroma.

Cibanal, J. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. España: Editorial Club Universitario.

Cordero, M., Cordero, R., Natera, G. y Caraveo, J. (2009). *La terapia centrada en soluciones: Una opción de tratamiento para la dependencia del alcohol*. Salud Mental. Puebla: México.

De la Espriella, R. (2008). *Terapia de pareja: abordaje sistémico*. Revista Colombiana de Psiquiatría. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá: Colombia.

Espina, J. y Cáceres, J. (1999). *Una psicoterapia breve centrada en soluciones*. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. España. Pp. 23 – 38.

Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2006). *El enfoque sistémico en los estudios de familia*. Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. España: Ediciones Paidós Ibérica.

Fraguas, D. (2007). *¿Hubo una psicoterapia verbal en la Gracia Clásica?* Madrid. Pp. 167 – 193.

Guajardo, N. y Cavazos, B. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey: México.

Hewitt, N. y Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicología efectiva. *Avances en psicología en Latinoamérica*. Bogotá, Colombia. Pp. 165 – 176.

Keeney, B. (1992). *La improvisación en psicoterapia: guía práctica para estrategias clínicas creativas*. Paidós.

Laín, P. (2005). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Barcelona: Anthropos.

Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia: Terapia, narrativa y construcción social*. México: Editorial Pax.

Martínez, M., García, I. y Estrada, B. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios*. Estado de México: México.

Minuchin, S. y Fishman, H. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona, España.

Morales, D., González, M. y Molina, O. (2014). Taller de manejo de ansiedad para hablar en público. Integración del enfoque cognitivo – conductual y la terapia breve centrada en soluciones. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*.

Ortega, F. (2001). *Terapia familiar sistémica*. Sevilla, España: Grafitrés.

Prada, J. (2006). *Escuelas psicológicas y psicoterapéuticas*. Bogotá, Colombia: San Pablo.

Pinto, B. y Claros, F. (2010). Terapia centrada en colusiones y adherencia al tratamiento de epilepsia infantil en una familia Aymar. Extraído de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n1/v8n1a6.pdf>.

Ramírez, J. y Rodríguez, J. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrados en soluciones y cognitivo conductual. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. México.

Ramos, M. (2005). *El sentido de psicoterapia en el mundo actual*. Instituto de terapia Gestalt de Valencia.

Reyes, J. (2006). Terapia breve centrada en soluciones. *Psicología conductual: revista internacional de psicología clínica y de la salud*.

Sánchez, T. y Téllez, A. (2015). Hipnoterapia y terapia breve centrada en soluciones aplicada en síntomas por abuso sexual infantil: Un estudio de caso. Extraído de <http://eds.a.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=265b91b0-d51c-4dfb-b5b8-406ddd0a78f5@sessionmgr4009&hid=4113>.

Schade, N., Beyebach, M., Torres, P. y González, A. (2009). Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo. Extraído de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200009.

Tapia, D. (2008). *Terapia Familiar Sistémica*. Quito: Ecuador.

Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*. México, D.F. Pp. 511 – 532.

Vanegas, G., Barbosa, A., Alfonso, M., Delgado, L. y Gutiérrez, J. (2012). Familias monoparentales con hijos adolescentes y psicoterapia sistémica: una experiencia de intervención e investigación. *Revista Vanguardia Psicológica*. Bogotá: Colombia.

Villanueva, L. (2007). *Terapia Centrada en Soluciones: Un triángulo equilátero*. Universidad Cesar Vallejo.