

**W. Hudson O'Hanlon  
M. Weiner-Davis**

# **En busca de soluciones**

**Un nuevo enfoque  
en psicoterapia**



**Paidós Terapia Familiar**

## En busca de soluciones

## Terapia Familiar

### Títulos publicados:

9. S. Minuchin y H. C. Fishman - *Técnicas de terapia familiar*
10. M. Andolfi - *Terapia familiar*
12. M. Andolfi e I. Zwerling - *Dimensiones de la terapia familiar*
13. S. Minuchin - *Calidoscopio familiar*
16. J. S. Bergman - *Pescando barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve*
17. B. P. Keeney - *Estética del cambio*
18. S. de Shazer - *Pautas de terapia familiar breve*
20. P. Papp - *El proceso de cambio*
21. M. Selvini Palazzoli y otros - *Paradoja y contraparadoja*
22. B. P. Keeney y O. Silverstein - *La voz terapéutica de Olga Silverstein*
23. M. Andolfi - *Tiempo y mito en la psicoterapia familiar*
25. W. H. O'Hanlon - *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*
27. H. C. Fishman - *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*
28. M. Selvini Palazzoli y otros - *Los juegos psicóticos en la familia*
29. T. Goodrich y otras - *Terapia familiar feminista*
30. L. Onnis - *Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos*
31. A. Ackermans y M. Andolfi - *La creación del sistema terapéutico*
32. S. de Shazer - *Claves para la solución en terapia breve*
33. A. M. Sorrentino - *Handicap y rehabilitación*
34. L. Cancrini - *La psicoterapia: gramática y sintaxis*
35. W. H. O'Hanlon y M. Weiner-Davis - *En busca de soluciones*
36. C. A. Whitaker y W. M. Bumberry - *Danzando con la familia*
37. F. S. Pittman III - *Momentos decisivos*
38. S. Cirillo y P. Di Blasio - *Niños maltratados*
39. J. Haley - *Las tácticas de poder de Jesucristo*
40. M. Bowen - *De la familia al individuo*
41. C. Whitaker - *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*
42. M. M. Berger - *Bajo el doble vínculo*
43. M. Walters, B. Carter, P. Papp y O. Silverstein - *La red invisible*
45. Matteo Selvini - *Crónica de una investigación*
46. C. Rausch Herscovici y L. Bay - *Anorexia nerviosa y bulimia*
48. S. Rosen - *Mi voz irá contigo*
49. A. Campanini y F. Luppi - *Servicio social y modelo sistémico*
50. B. P. Keeney - *La improvisación en psicoterapia*
51. P. Caillé - *Uno más uno son tres*
52. J. Carpenter y A. Treacher - *Terapia familiar y de pareja*
53. M. Zappella - *No veo, no oigo, no hablo*

William Hudson O'Hanlon  
Michele Weiner-Davis

**En busca  
de soluciones**  
Un nuevo enfoque  
en psicoterapia



**ediciones  
PAIDOS**

Barcelona-Buenos Aires-México

Título original: *In Search of Solutions*

Publicado en inglés por W. W. Norton and Co., Nueva York,  
Londres

Traducción de Mark Beyebach y María Luisa Sánchez García

2.<sup>a</sup> edición, 1993

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier método o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© 1989 by William Hudson O'Hanlon and Michele Weiner-Davis

© de todas las ediciones en castellano,  
Ediciones Paidós Ibérica, S.A.,  
Mariano Cubí, 92 - 08021 Barcelona  
y Editorial Paidós, SAICF,  
Defensa, 599 - Buenos Aires

ISBN: 84-7509-611-5

Depósito legal: B-6.508/1993

Impreso en Hurope, S.A.,  
Recaredo, 2 - 08005 Barcelona

Impreso en España - Printed in Spain

## INDICE

Dedicatorias .....	7
Agradecimientos .....	8
<i>Introducción</i> .....	9
1. La evolución de la psicoterapia De las explicaciones y los problemas a las soluciones ...	21
2. Desafiar presupuestos Premisas de la terapia orientada a las soluciones .....	37
3. El principio de incertidumbre en terapia Co-crear problemas resolubles .....	62
4. Cuida tu lenguaje Una conversación para el cambio .....	71
5. La sesión como intervención Los componentes de la entrevista centrada en las soluciones .....	87
6. Prescripciones para el cambio Alterar la “forma de actuar” y la “forma de ver” el problema .....	139

INDICE

7. Ampliar y mantener el cambio Mantener la bola en movimiento.....	159
8. El camino equivocado Cosas a evitar en terapia .....	178
9. Preparados, fuego, apunten Poner en práctica la terapia orientada a las soluciones...	194
Bibliografía .....	197
Indice temático .....	201

A Pat y Patrick, por ser las soluciones que yo estaba buscando. Y a mis padres, Janet Foley O'Hanlon y Robert Edward O'Hanlon, por su apoyo, mucho más allá de lo que cualquier hijo puede esperar.

W. H. O.

A mi comprensivo esposo, Jim, cuya extraordinaria paciencia y consejo experto me ayudaron a hacer realidad este sueño. A Danielle, cuya pregunta "¿Mamá, has terminado ya este libro?" tiene ahora una respuesta aceptable. A Zachary, que me ha ayudado a mantener mi vida equilibrada. A mi padre, que me ha enseñado el valor de la ambición. Y a mi madre, que me ha inspirado demasiadas cosas como para mencionarlas aquí.

M. W.-D.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestra gratitud y reconocimiento a familiares, amigos y colegas que han hecho aportaciones significativas al texto: Dan Dunne, Pat Hudson, Tony Heath, Angie Hexum, Sandy Kutler, Paul Lambakis y Terry Moore.

Bill quisiera reconocer especialmente el trabajo de nuestro editor, Susan Barrows. Ya que en esta ocasión Bill ha podido contar con el talento de su coautora, Susan pudo dejar a un lado el “machete de Barrows”, que tuvo que emplear en el anterior libro de Bill, y utilizar únicamente la “cuchilla de Barrows”.

Michele quisiera dar las gracias al equipo del YSB por su apoyo al proporcionarle experiencias clínicas enriquecedoras trabajando en equipo, participando y supervisando terapia centrada en las soluciones. Arnold Woodruff merece la gratitud de Michele tanto por ser una fuente constante de estímulo intelectual como por su gran amistad. Está en deuda con el equipo del Centro de Terapia Familiar Breve, que ha influido en su forma de pensar durante los años en que colaboró con ellos. Aprecia en especial la amistad de Eve Lipchik y su colaboración con Steve de Shazer, que le enseñó a valorar las ideas sencillas y le animó a “llevar esto adelante... o a donde sea”.

## INTRODUCCION

Este libro ofrece una nueva forma de plantearse y enfocar la terapia. Es un método que se centra en los recursos de las personas más que en sus déficit, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones.

Uno de los pioneros de este enfoque fue el psiquiatra Milton Erickson. Uno de sus casos es un bonito ejemplo de la utilización de la terapia orientada a las soluciones.

*En cierta ocasión Erickson trabajó con una mujer llamada "Ma" (Rossi, 1980, vol. 1, págs. 197-201), que siempre había querido aprender a leer y escribir pero que nunca había sido capaz de superar su bloqueo en estos temas. De joven no había tenido la oportunidad de adquirir estos conocimientos, y a los 16 años decidió aprender. A los 20 años, se le ocurrió la idea de acoger a maestros como huéspedes y hacer que éstos le enseñaran a leer y a escribir. Durante los años siguientes sus huéspedes y después sus hijos intentaron sin descanso enseñarle. En vano. Siempre que alguien intentaba explicarle cómo leer y escribir se asustaba y se quedaba en blanco.*

*A los 70 años, aún incapaz de leer, entró en contacto con Erickson. El le prometió que leería y escribiría a los 3 meses y que no le pediría que hiciera nada que no supiera ya hacer. Ella se mostró escéptica, pero intrigada. En primer lugar, Erickson le dijo*

*que tomara un lápiz. Le dijo que lo tomara de cualquier manera, tal y como haría un bebé. Después le pidió que hiciera algunas rayas, unos garabatos cualesquiera, como un bebé incapaz de escribir. Podía hacer las líneas de arriba abajo, horizontales o en diagonal. A continuación debía dibujar algunas rosquillas, y luego las dos mitades de una rosquilla cuando se parte en dos. Después debía dibujar las dos partes de un tejado. Erickson siguió diciéndole que hiciera esas rayas y las practicara. Ella practicó, pese a que no veía su utilidad.*

*En la sesión siguiente, Erickson le dijo que la única diferencia entre una pila de maderos y una casa era que ésta estaba montada. Ella estuvo de acuerdo, aunque de nuevo no le veía el sentido. Con la orientación de Erickson, unió aquellas rayas para construir todas las letras del alfabeto. Cuando terminó, Erickson le hizo ver que acababa de aprender a escribir todas las letras. Le dijo que hacer palabras era sólo cuestión de juntar letras. Tras hacerle unir las letras, le dijo que ahora sabía cómo formar palabras. Erickson le hizo dar un nombre a ciertas palabras, ya que cada palabra tiene un nombre, de la misma forma que cada animal de la granja lo tiene. Gradualmente consiguió que ella escribiera una frase e hizo que nombrara todas sus palabras. La frase decía, "Muévete, Ma, y pon algo de comer en la mesa". Cuando ella la dijo en voz alta, se dio cuenta de que era como hablar (su último marido había usado esa frase a menudo). El paso a la lectura se hizo fácilmente en un período de tres semanas.*

Bill recuerda el primer caso en el que (casi por casualidad) empleó la orientación centrada en las soluciones que se presenta en este libro.

*Acababa de empezar a trabajar en un centro de salud mental, cuando una antigua cliente de otro terapeuta pidió ayuda urgente. La terapeuta de esta mujer estaba de vacaciones y Bill tenía tiempo disponible, de forma que accedió a verla. Bill se mostró precavido, para no interferir en lo que hiciera el otro terapeuta al volver.*

*Preguntó a la mujer qué la había traído ese día en concreto, y si estaba relacionado con el motivo por el que antes había visto al otro terapeuta. La mujer informó que había ido al otro terapeuta hacía un año porque estaba deprimida, y que había dejado la terapia hacía algún tiempo porque había superado la depresión.*

*Entonces Bill le preguntó cómo había aprendido a superar la depresión. La mujer pasó a dar una detallada descripción de las diversas estrategias que ella y su terapeuta habían desarrollado para que pudiera evitar hundirse en la depresión cuando empezaba a sentirse baja de moral. Incluían llamar a una amiga por teléfono, dar paseos en bicicleta y asegurarse de que continuaba con sus actividades habituales, como ir al colegio y trabajar. Se animó considerablemente al comentar estas ideas. Bill le preguntó si pensaba que esas cosas le serían útiles ahora. Ella contestó que pensaba que sí, pero que no se había acordado de ellas hasta que Bill le había preguntado. Terminó diciéndole a Bill que ahora sabía que no necesitaba estar en terapia para resolver su problema, pero también reconoció que si no hubiera venido, habría entrado en una profunda depresión. La entrevista había durado 20 minutos. Bill había hecho terapia breve durante algún tiempo, pero 20 minutos era incluso más breve de lo que él pensaba que podía ser una terapia. Cuando la otra terapeuta volvió de sus vacaciones varias semanas más tarde, hizo una llamada telefónica de seguimiento a su ex cliente y se encontró con que se estaba desenvolviendo bien, sin recaídas.*

Un caso de Michele ilustra otro aspecto de esta orientación centrada en las soluciones.

*Una pareja fue a ver a Michele debido a su "monstruo" de 3 años. Janet, la madre, aseguró inmediatamente a Michele que su hija Mindy no era como otros niños de su edad. Janet era una mujer culta de unos 30 años, que leía todos los artículos y libros sobre ser padres que le caían en las manos. Estaba convencida de que la conducta detestable de su hija se salía de los límites normales de*

los "terribles 3 años". Indicó que Mindy incordiaba todo el día, nunca aceptaba un "no", interrumpía constantemente a los adultos, tenía rabietas sin ningún motivo, pellizcaba a su hermana cuando estaba sola y se negaba a irse a la cama por la noche. (La lista de quejas era en realidad mucho más larga.)

La pequeña traía de cabeza a toda la familia. Janet estaba segura de que lo que causaba la conducta intolerable de Mindy era su falta de capacidad como madre. Janet no sólo se sentía incapaz, sino también extremadamente culpable por no mostrar siempre sentimientos de cariño hacia Mindy, algo que ella creía que sentían todas las buenas madres. Para empeorar las cosas, Mindy se portaba bien en presencia de otras personas y recibía mucha atención de ellas, lo que convencía aun más a Janet de que ella era la causa del problema. Esto, a su vez, aumentaba sus sentimientos de incapacidad y alienación.

Ken, el padre, estaba también preocupado por su "monstruo", en especial debido a que se sentía bombardeado por los informes negativos acerca de él en cuanto llegaba a casa por la noche. También iba todos los días a comer a su casa, un acto de valor o de masoquismo, ya que mientras comía recibía un aluvión de detalles sobre la guerra Mindy-Janet. Pensaba que el matrimonio se estaba resintiendo del hecho de que Mindy fuera el único tema de conversación. Echaba de menos los ratos divertidos que solía pasar con Janet.

Durante la primera sesión parecía imposible conseguir que la pareja interrumpiera su letanía de quejas y se centrara en un punto de partida. Sin embargo, Janet hizo de pasada un comentario que sugirió un posible inicio. Contó que era capaz de predecir qué tipo de día tendría Mindy simplemente según cómo su hija se levantara por la mañana. Michele estaba deseosa de explorar más este tema.

Janet explicó que todas las mañanas la despertaba la voz de Mindy anunciando: "Mamá, ya estoy despierta". A oídos de Janet, el saludo mañanero parecía unas veces de buen humor y otras sonaba quejumbroso. El tipo de saludo que recibía a su vez Mindy dependía de cómo Janet evaluaba la voz de su hija. Si le parecía

alegre, Janet sabía que tendría un buen día. En esos casos entraba en la habitación de Mindy y empezaba la pequeña cantinela cotidiana que habían inventado: "¿Cómo está la pequeña niña de mamá?" "Estoy bien". "¿Quién quiere a Mindy?" "Mamá". Entonces Janet y Mindy pasaban unos momentos juntas antes de bajar a desayunar. Habitualmente, el resto del día era relativamente pacífico.

Si a Janet la voz de Mindy le parecía quejumbrosa, iba a su cuarto con aprensión y rabia, y no empezaba la pequeña cantinela. Por supuesto, en ese caso Mindy confirmaba las predicciones de Janet y empezaba a quejarse, lo que marcaba el inicio de un día lleno de batallas.

Michele preguntó a Janet si estaría dispuesta a hacer un experimento. Sugirió que, tanto si Mindy se levantaba de buen humor como si se levantaba malhumorada, Janet entrase en la habitación de Mindy simulando que ésta estaba contenta. Esto significaba que Janet debía sonreír y empezar la canción inmediatamente, independientemente del humor de Mindy. Janet pensó enseguida que eso era una idea interesante y se mostró dispuesta a intentarlo.

A la semana siguiente, la pareja informó que habían tenido una semana mejor con Mindy. Parecía haberse centrado y era más agradable tenerla cerca. Janet y Ken comentaron los efectos positivos que esto tenía sobre su relación, más ratos relajados e incluso algunas risas. Lo que más les llamaba la atención era que, pese a que la conducta de Mindy estaba aún lejos de ser perfecta, aquella semana había aprendido totalmente y sin saber cómo a controlar sus esfínteres ¡por sí sola!

Varias sesiones más tarde, al revisar los progresos habidos antes de dar por terminado el tratamiento, Janet comentó que el experimento matinal había supuesto para ella el giro decisivo. Se dio cuenta de que podía conseguir que las cosas siguieran yendo bien pese a los desafíos de Mindy. Además, Janet y Ken habían aplicado esta idea con éxito a otras dificultades que tenían con Mindy.

## UNA MEGATENDENCIA

Hace varios años, en *Megatrends*, John Naisbitt describió algunas poderosas tendencias que veía emerger en nuestra sociedad, tendencias que tal vez no fueran obvias para otras personas. De forma similar, hemos observado una "megatendencia" en la psicoterapia. Dicho llanamente, es una tendencia que se aparta de las explicaciones, los problemas y la patología, y se dirige hacia las soluciones, competencias y capacidades. En las páginas siguientes explicamos y detallamos este enfoque emergente, de tal forma que los terapeutas puedan emplearlo en su trabajo. En primer lugar damos una perspectiva general de la base de este enfoque y discutimos cómo difiere de los enfoques terapéuticos tradicionales. Después, mediante el examen de principios específicos y la utilización de casos clínicos, ofrecemos algunas directrices para llevar a la práctica estas ideas.

*Centrarse en las soluciones y los aspectos positivos:  
una tendencia emergente en la terapia*

Es una forma de pensar que no empieza atacando el problema, sino buscando soluciones (por grandes o lejanas que parezcan) y pensando luego cómo llegar a ellas. Es un planteamiento que suscita imágenes de lo que podría o debería ser, y ayuda así a la gente a ver potenciales que de otra forma no serían entendidos, y evoca acciones que de otro modo podrían no ocurrir. Estas imágenes generan energía y evitan compromisos precipitados con resultados inferiores. Con frecuencia se desprecian estas imágenes como utópicas y no prácticas, desde una mentalidad que es una de las lacras de nuestra sociedad. Es una mentalidad que parte de la premisa de que no pueden ocurrir, ni ocurrirán, cambios significativos. Es una mentalidad que inhibe el avance hacia metas válidas e importantes al descartarlas por anticipado como inalcanzables. Es una mentalidad que, con demasiada frecuencia, nos mantiene encadenados al presente, como si el presente fuera casi lo mejor que podemos esperar (Rouse, 1985, pág. 12).

En la década de los 60 Abraham Maslow dijo que la psicología había estado avanzando en la dirección equivocada. Casi desde el

principio, la mayoría de las investigaciones psicológicas habían explorado e intentado entender la naturaleza de la *patología* emocional, conductual y psicológica en los seres humanos. Maslow dijo que, por el contrario, deberíamos estudiar a los individuos mejores y más sanos de la especie humana para averiguar lo que queremos saber sobre las personas.

En una línea similar, la psicoterapia se ha dedicado durante la mayor parte de su historia a estudiar e intentar eliminar los problemas y la *patología* de la gente. Existe, sin embargo, una tendencia emergente, un cambio de enfoque, desde la *patología* y los déficit hacia los lados fuertes, las capacidades y los recursos en terapia. También se produce un alejamiento de la búsqueda de la explicación de las dificultades de las personas, del problema *real*, a la búsqueda de soluciones que funcionen para el individuo, la pareja o la familia concreta que acuden a terapia.

A menudo los terapeutas están en desacuerdo respecto a qué causa los problemas, pero existe un mayor acuerdo respecto a las soluciones. Esto ha dado lugar a lo que se ha denominado "eclecticismo técnico" en el campo de la psicoterapia. Por ejemplo, muchos terapeutas emplean técnicas tales como la desensibilización sistemática procedente de la modificación de conducta, pero son poco partidarios del modelo conductual; de hecho puede que encuentren muy criticable el conductismo. Ante el éxito de tales técnicas, los terapeutas parecen dispuestos a tomar prestadas intervenciones exitosas de otros modelos ajenos a los suyos.

Tal vez seamos demasiado optimistas al denominar megatendencia a esta tendencia. En realidad, podríamos simplemente constatar que en muchas partes hay evidencias de este cambio. Sin embargo, escribimos acerca de la megatendencia en un esfuerzo por contribuir a su creación. En respuesta a la pregunta, tan ampliamente discutida, de si los medios de comunicación simplemente informan de las noticias o las crean, mantenemos que hacen ambas cosas. Por tanto, estamos ilusionados ante la perspectiva de participar en la transformación de esta tendencia en una megatendencia.

## UNA MENTALIDAD DE PRINCIPIANTE

Nos gusta la sentencia Zen que reza: "En la mente del principiante hay muchas posibilidades; en la mente del experto hay pocas" (Suzuki, 1970). Adoptar esta actitud en nuestro trabajo nos lleva a aprender constantemente cosas nuevas. Nuestros clientes nos enseñan constantemente cómo trabajar con ellos y cómo ayudarles a resolver sus dilemas. Aún estamos por encontrar una fórmula que capte la diversidad de los seres humanos.

Este libro no es una excepción. A la vez que ofrecemos nuestras opiniones acerca de cómo hacer que la terapia funcione, somos conscientes de que no tenemos *la respuesta* para cada dilema terapéutico. Sin embargo, a partir de nuestra experiencia, tenemos la confianza de que el enfoque que aquí ofrecemos tiene éxito para la mayoría de las personas que solicitan nuestra ayuda en terapia.

Te pedimos, lector, que te acerques a este material con la mente de un principiante. Puede que algunas de las cosas que escribimos pongan en tela de juicio algunos de tus presupuestos más apreciados y arraigados acerca de la terapia. Hemos pasado muchos años "desaprendiendo" ciertos presupuestos "básicos" acerca de los problemas y la psicoterapia. Con frecuencia pensamos en las investigaciones que muestran que las personas que van a iniciar sus estudios de psicología tienden a ser "naturalmente terapéuticos". Sin embargo, cuando se las vuelve a examinar al final de la carrera, parecen haber perdido algunas de estas aptitudes. Cinco años después de haber terminado sus estudios, estas habilidades naturales reaparecen.

Cuando enseñamos estas cosas en nuestros seminarios, con frecuencia se nos acercan clínicos que nos dicen que han estado haciendo intuitivamente muchas de las cosas que comentamos, pero que se sienten mejor al verlas validadas por expertos y por una teoría. Con este libro esperamos estimular tu "mente de principiante" y tus capacidades terapéuticas naturales.

Finalmente, sería una buena idea tener presente una historia que nosotros oímos en cierta ocasión, y que siempre nos recuerda que

nadie tiene la respuesta definitiva o la solución final de todos los dilemas humanos.

*Había una vez un hombre que daba una clase a padres sobre cómo ser padres. La tituló "Diez mandamientos para padres" y los padres, inseguros de sus aptitudes, venían de todas partes para asistir a su clase y aprender cómo ser mejores padres. En aquel entonces no estaba casado ni tenía hijos. Un día conoció a la mujer de sus sueños y se casó. Con el tiempo tuvieron un hijo. Entonces cambió el título de su clase, "Cinco sugerencias para padres". Con el tiempo fueron bendecidos con otro hijo. Y entonces le puso un nuevo nombre a la clase, "Tres pistas provisionales para padres". Cuando nació su tercer hijo, dejó de dar la clase.*



# En busca de soluciones



## 1.LA EVOLUCION DE LA PSICOTERAPIA

### DE LAS EXPLICACIONES Y LOS PROBLEMAS A LAS SOLUCIONES

La terapia fue engendrada en un mar de diferentes disciplinas, con afluentes de la psicología, la medicina y la filosofía. Estas disciplinas se ocupan habitualmente de explicar, diagnosticar y comprender la naturaleza humana. Aunque estas disciplinas constituyen empresas valiosas, el tiempo ha demostrado, y nosotros lo hemos llegado a sospechar cada vez más, que la terapia implica un conjunto distinto de preocupaciones. A nuestro modo de ver, la terapia implica intentos deliberados de producir un cambio de punto de vista y/o de acción, que lleve a la solución. Tal y como pueden demostrar muchos clientes, tener una buena explicación sobre la naturaleza y el origen del problema no produce necesariamente el resultado terapéutico deseado.

El psicoanálisis es, por supuesto, el enfoque arquetípico que destaca el papel del *insight* para producir cambio. Ocasionalmente sí produce resultados, pero con mayor frecuencia lleva a situaciones como la de Alby Singer (Woody Allen) en *Annie Hall*. Poco después de conocerse, Alby le cuenta a Annie que ha estado en análisis durante 13 años. Ante la sorpresa de ella, él replica rápidamente diciendo que piensa dedicarle 20 años e ir a Lourdes si para entonces no ha mejorado. ¡La mayoría de las personas estarían de acuerdo en que tiene que haber alguna forma de asegurar que la terapia termine con éxito en menos tiempo!

Recientemente, la terapia se ha configurado como una disciplina separada y distinta practicada a menudo por personas ajenas

a los campos formales de la psiquiatría y la psicología: trabajadores sociales, terapeutas familiares, sacerdotes, enfermeras, consejeros y otros. Tal vez la presencia de estos profesionales de otros campos haya sido un impulso para la tendencia a buscar cambios y soluciones en vez de comprensión y explicación.

Se ha hecho evidente que hay diversas maneras de hacer terapia efectiva. Sin embargo, los defensores de diferentes métodos y escuelas mantienen con frecuencia puntos de vista diametralmente opuestos acerca de los elementos y técnicas cruciales que intervienen en una terapia eficaz. Valga como ejemplo el congreso sobre Evolución de la Psicoterapia celebrado en Phoenix en diciembre de 1985. Los ponentes de aquel congreso representaban varias de las principales escuelas y enfoques terapéuticos, y sin embargo hubo poco acuerdo en las exposiciones respecto a los presupuestos o los métodos de trabajo (Zeig, 1987). Algunos podrían pensar que esto es malo, pero nosotros lo consideramos positivo. No existe una teoría correcta de la psicoterapia. Muchas teorías diferentes y muchas técnicas y enfoques diferentes parecen producir cambios y resultados positivos.

En vez de buscar la teoría correcta de la terapia, deberíamos tal vez buscar en otra dirección. Thomas Peters y Robert Waterman tuvieron la idea acertada cuando escribieron *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*. Investigaron juntos varias de las empresas más efectivas en los Estados Unidos y extrapolaron varios ingredientes clave para una dirección eficaz. Estaban observando los mayores éxitos y no los mayores fracasos, las soluciones y no los problemas.

#### LA EVOLUCION DE UNA ORIENTACION CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

Tradicionalmente, la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado, buscando en la infancia del cliente las raíces de los

síntomas actuales. Más tarde, en los años 60, con la aparición de la terapia de la conducta, la psicología del yo, la terapia de la Gestalt, la terapia familiar, etc., el presente o “aquí y ahora” se convirtió en un aspecto central en terapia. La terapia orientada hacia el pasado fue rechazada por los partidarios de estos impetuosos nuevos enfoques como una pérdida de tiempo y como demasiado especulativa. Los nuevos enfoques se centran en el presente, se interesaban por la generación o el mantenimiento del síntoma en el presente, y por los datos que pudieran confirmarse en el presente.

Ahora la terapia está evolucionando más allá de esta orientación del “aquí y ahora”, hacia una orientación hacia el *futuro* a la que no interesa cómo surgieron los problemas ni incluso cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán. Desde el mar de la psicología, la medicina y la filosofía, emergemos a la tierra firme de la intervención. En la tierra de la intervención no hay diagnósticos correctos o incorrectos, ni teoría acertada o errónea, sino solamente datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos.

Un aspecto central de esta megatendencia es que se centra en las fuerzas y capacidades de los clientes, lo que desde nuestro punto de vista es una forma más humana y menos dolorosa de ayudar a la gente que el antiguo hincapié en los déficit. Diversos líderes destacados del campo de la terapia familiar también han advertido esta tendencia:

Por tanto, se está poniendo en tela de juicio la tendencia de los terapeutas familiares a “construir una realidad” que haga destacar las deficiencias. Los terapeutas familiares están descubriendo que una exploración de los lados fuertes es esencial para combatir la disfunción familiar. El trabajo de Virginia Satir, con su énfasis en el crecimiento, se dirige a la búsqueda de alternativas normales. Lo mismo sucede con el trabajo de Ivan Nagy, con su énfasis sobre las connotaciones positivas y su exploración del sistema de valores de la familia. La técnica de Carl Whitaker de desafiar las posturas de los miembros de la familia e introducir la difusión de roles, nace de su idea de que a partir

de este caos inducido por vía terapéutica, los miembros de la familia pueden descubrir su fuerza latente. Tanto el punto de vista de Jay Haley y Cloe Madanes, de que el síntoma está organizado para proteger a la familia, como las intervenciones paradójicas de Mara Selvini Palazzoli apuntan a los lados fuertes de la familia...

Milton Erickson, en su trabajo con individuos, apuntaba lógicamente el "hecho" de que éstos poseen una reserva de sabiduría, aprendida y olvidada, pero siempre disponible. Proponía que sus pacientes explorasen otras formas de organizar su experiencia, sin explorar la etiología ni la dinámica de la disfunción. Esta búsqueda de alternativas válidas y funcionales es aplicable también en terapia familiar, puesto que la familia es un sistema que dispone de un repertorio de formas de organizar la experiencia que es más amplio del que utiliza de ordinario. Por lo tanto, una estrategia consiste en soslayar una exploración de los orígenes históricos de las interacciones disfuncionales y tomar el atajo de explorar otras modalidades de interacción, más complejas, que prometan un funcionamiento más sano... (Minuchin y Fishman, 1981, págs. 268-269).

El enfoque que ofrecemos aquí no fue desarrollado en el vacío. Fuimos influidos por muchas personas a lo largo de los años. Cuando empezamos a dar forma a esta orientación centrada en las soluciones, advertimos que había otros terapeutas que seguían la misma línea o líneas paralelas. Aunque no estamos necesariamente de acuerdo con todas sus opiniones, algunos aspectos de su trabajo parecen llevar a un enfoque centrado en las soluciones, o al menos ser compatibles con él. Consideramos esto una prueba de que otras terapias se están desarrollando más hacia las soluciones que hacia las explicaciones.

Jay Haley (1976) y Thomas Szasz (1961) nos han dado la idea de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, porque cuando las personas son tratadas como gente normal, tienden a actuar de modo más normal. También dejaron claro los efectos debilitadores de las etiquetas psiquiátricas. Haley y Richard Rabkin (1977) fueron de los primeros en escribir sobre la negociabilidad de la definición del problema, una idea que ampliaremos en el capítulo 3 (véase también Fish, 1973; y O'Hanlon y Wilk, 1987). Bandler y Grinder (1979) han subrayado

la importancia de obtener imágenes e información clara sobre el resultado como forma de crear ese resultado.

Entre nuestros precursores, los más influyentes fueron Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (a la que de ahora en adelante nos referiremos con las siglas MRI) y el Centro de Terapia Familiar Breve (o BFTC). Tanto el grupo del MRI como el del BFTC han sido influidos por el trabajo de Erickson.

### *Milton Erickson: un terapeuta poco convencional*

Erickson fue una figura pionera en diversas áreas de la terapia: hipnosis, terapia familiar, terapia breve y terapia estratégica. Ahora podemos añadir otra: terapia centrada en las soluciones. Erickson fue una figura poco común para su tiempo. Practicó la terapia desde finales de los años 20 hasta finales de los 70. Durante buena parte de esos años, el psicoanálisis dominaba la psicoterapia; sin embargo, Erickson encontró su propio método terapéutico lejos de la corriente analítica principal. Cuando Haley empezó a observar y estudiar a diferentes terapeutas, comprobó que el enfoque de Erickson no sólo era breve, lo que ya era en sí mismo una característica única, sino bien diferente de cualquier otra cosa que se hacía en aquel tiempo (Haley, 1963, 1967, 1973, 1985). De hecho, Erickson llevaba muchos años desconcertando a estudiantes y observadores, y siguió haciéndolo hasta su muerte. Haley dijo que, incluso tras pasar varios años estudiando intensivamente el trabajo de Erickson, “no pasa un día sin que use en mi trabajo alguna cosa aprendida de Erickson. Sin embargo, sólo capto parcialmente sus ideas básicas. Tengo la sensación de que, si comprendiera mejor lo que Erickson intentaba explicar acerca de cómo cambiar a las personas, se abrirían ante mí innovaciones en terapia” (1982, pág. 5).

En parte la dificultad de entender a Erickson se debe a que éste no tenía ninguna teoría, mejor dicho, ninguna teoría psicopatoló-

gica. Especulaba muy poco sobre el origen de los problemas. Consideraba a Freud un genio por develar las complejidades de la mente humana y la psicopatología, pero inútil a la hora de ayudar a las personas a cambiar. Tal vez esta distinción haga más fácil comprender el trabajo de Erickson. Era un genio ayudando a las personas a cambiar, pero tenía poca pericia o poco interés en entender por qué se quedaban atascadas en sus problemas. De hecho, las cosas que otros terapeutas consideraban “psicopatología”, Erickson las consideraba habilidades, “mecanismos mentales”, que podrían usarse tanto para curar como para producir problemas. Empleaba con facilidad la amnesia, las alucinaciones y otros estados y experiencias “patológicos” como técnicas de terapia, convirtiendo en ventajas lo que parecían desventajas. Por ejemplo, cuando Erickson estaba tratando a un joven con poca confianza en sí mismo que acababa de obtener un trabajo en un banco, le preguntaba con cierto detalle sobre su trabajo, interesándose especialmente por los errores que había cometido. Erickson comentó: “Cada vez que cometía un error en su trabajo, lo que me interesaba *siempre* era el procedimiento que utilizaba para corregirlo, nunca los detalles de cómo había cometido el error”. Al destacar las correcciones que hacía el joven, utilizaba sus errores como una forma de ayudarlo a reconstruir su confianza en sí mismo (Haley, 1985, vol. 1, págs. 83-84).

Hace algún tiempo, un colega preguntó a Bill qué aspectos del trabajo de Erickson constituían una contribución duradera a la terapia. Sin dudarle, Bill replicó “el enfoque de la utilización”. Erickson mantenía que el terapeuta debería, al igual que un buen jardinero, emplear todo lo que el cliente le presentara, incluso lo que pareciera yerbajos, como parte de la terapia. Los “yerbajos” de “resistencia”, síntomas, creencias rígidas, conducta compulsiva, etc., eran componentes esenciales a tener en cuenta y eran utilizados activamente como parte de la solución. Según esto, Erickson pensaba que la terapia debía ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincrasia de cada cliente.

Erickson contaba una historia para ilustrar este enfoque de la

utilización. Cuando estudiaba en el instituto, solía pronunciar mal unas pocas palabras. Una de ellas era *gobierno*, que él pronunciaba “gobieno”. Su profesora de debate intentó en vano hacerle oír y reproducir la pronunciación correcta. Finalmente, dio por casualidad con un método que funcionó. Escribió en la pizarra el nombre de uno de los compañeros de Erickson, “Javier”. Erickson pudo pronunciar el nombre con facilidad. Luego combinó el nombre con gobierno, “gojavierno”. De nuevo esto estaba dentro de las posibilidades de Erickson. Finalmente, hizo que dejara la “ja”. Erickson se dio cuenta de pronto de cómo pronunciar la palabra correctamente (Rossi, 1980, vol. 1, pág. 110).

Erickson consideraba que los clientes tenían en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitaban hacer. El cometido del terapeuta era acceder a estos recursos y ayudar a los clientes a usarlos en las áreas apropiadas de sus vidas. Erickson no consideraba a las personas básicamente imperfectas o necesitadas de tratamiento. Para Erickson, la terapia “...se basaba en el presupuesto de que existe una fuerte tendencia normal a que la personalidad se adapte si se le da una oportunidad” (Rossi, 1980, vol. 4, pág. 505).

Erickson también subrayaba la importancia de respetar las capacidades del cliente. “...Debes confiar en la capacidad de cada paciente de proporcionarte las claves y la información con la que organizar tu psicoterapia. Porque el paciente puede, si le das una oportunidad” (Erickson, 1966). El pensaba que la terapia podía concluirse muy de prisa. “La enfermedad puede desarrollarse de repente; se puede responder masiva y súbitamente ante algo en particular. No creo que tengamos que presuponer o proponer una etiología ni un proceso terapéutico largos, e innecesariamente extensos. Verás, si la enfermedad puede surgir de repente, la terapia puede darse igual de pronto” (Rossi, Ryan y Sharp, 1983, pág. 71). Subrayaba el papel de las expectativas positivas a la hora de producir la curación. “...Deberíamos *esperar* encontrar soluciones en vez de aceptar pasivamente una sentencia de

'incurable'. Esta actitud de expectación favorece mucho más nuestra tarea de explorar, descubrir y curar" (Rossi, 1980, vol. 2, pág. 202).

Erickson desarrolló una técnica (que más tarde de Shazer denominó "técnica de la bola de cristal") que es la primera técnica puramente orientada a las soluciones que conocemos. Usando la hipnosis, ayudaba a las personas a crear una sensación de distorsión temporal, de forma que podían ir con facilidad adelante y atrás en el tiempo. El lo llamó "pseudo-orientación en el tiempo" (Rossi, 1980, vol. 4, págs. 397-423). Una vez que dominaban la distorsión temporal, les ayudaba a desarrollar la habilidad de la amnesia. Entonces les dirigía hacia un tiempo en el futuro, cuando su problema estuviera resuelto, y les pedía que alucinaran un encuentro con él en ese futuro imaginario, en el que le contarán cómo habían resuelto sus dificultades. Una vez que le habían descrito la escena, les hacía olvidar esta experiencia por medio de la amnesia y los mandaba a casa. Tras cierto tiempo, informaban, por lo general, haber resuelto sus quejas.

Aunque las innovaciones de Erickson son demasiado numerosas para describirlas aquí en detalle, queremos mencionar su utilización de la comunicación indirecta, incluyendo el empleo de metáforas y presuposiciones, y la técnica de "intervención sobre patrones", que explicaremos con mayor detalle más adelante. Erickson fue uno de los primeros terapeutas en reconocer el impacto de la comunicación del terapeuta sobre el proceso de evaluación. En 1965 escribió: "...la experiencia me ha enseñado la importancia de asumir el papel de un investigador puramente pasivo, que sólo hace preguntas para recibir una respuesta, independientemente de su contenido. Una entonación de interés por el significado de la respuesta puede llevar a los sujetos a responder como si hubieran recibido instrucciones acerca de qué contestación dar" (Rossi, 1980, vol. 1, pág. 94).

Sin embargo, hay que decir que Erickson no estaba totalmente orientado hacia las soluciones y que su enfoque no era siempre breve. Era demasiado heterogéneo para definirlo con un único

rótulo. No obstante, su trabajo inspiró gran parte de la terapia orientada hacia las soluciones que describimos.

*El Mental Research Institute:  
terapia breve centrada en los problemas*

En 1966, el Mental Research Institute (MRI) inició un proyecto de terapia breve. Los terapeutas del MRI estaban convencidos de que la terapia se podía realizar en un tiempo mucho más corto de lo que era práctica habitual en aquellos momentos. John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick y otros, trabajaron con un límite prefijado de 10 sesiones. Una directriz de su trabajo era que debían intentar resolver el problema presentado en vez de reorganizar las familias o producir *insight*. Los esfuerzos del grupo por establecer métodos específicos para promover el cambio les dieron la reputación de pioneros en el campo de la psicoterapia. Muchos de los principios del modelo de terapia breve del MRI pueden considerarse precursores de la terapia orientada hacia las soluciones.

Este modelo de tratamiento se llama “centrado en los problemas” porque los terapeutas que lo aplican intentan aliviar sólo las quejas específicas que los clientes llevan a terapia. No hay ningún intento de buscar la patología subyacente o la fuente del problema. No se hace ningún intento deliberado de promover el *insight*. Se considera que los problemas son de naturaleza interaccional. Se los ve como dificultades entre las personas más que como algo que surge desde el interior de los individuos. No se considera que las personas con problemas tengan defectos de carácter ni que sean enfermos mentales.

Desde este punto de vista, los problemas se desarrollan cuando se manejan mal las dificultades de la vida cotidiana. Una vez que una dificultad se ve como un “problema”, el problema es mantenido o empeorado por los intentos ineficaces de las personas

para resolverlo. En otras palabras, el problema es el intento de solución.

Considérese, por ejemplo, el caso de unos padres preocupados porque su hijo les miente. Lo más probable es que estos padres empiecen a examinar, investigar y espiar a su hijo para determinar si les está mintiendo, y que se alteren mucho cuando le cojan en una mentira. Igual de probable es la posibilidad de que el chico se vuelva más evasivo y quizás mienta más para evitar las escenas desagradables, que se hacen cada vez más frecuentes. Cada vez que los padres le pillan mintiendo dedican aun más energías a vigilarle, y él emplea más sus inteligentes técnicas para engañarles. Incluso (o especialmente) al notar los padres que sus esfuerzos no están resolviendo el problema, intensifican estas acciones en vez de desarrollar un plan nuevo y diferente. A su modo de ver, el chico está empeorando, así que se requieren más vigilancia y confrontación. Desde el punto de vista del hijo, los padres le controlan cada vez más y se vuelven más restrictivos, de forma que se siente obligado a engañar y mentir más para evitar su control.

Este patrón de "más de lo mismo" es entonces, en este modelo, el objetivo principal de la intervención terapéutica. Habitualmente los clientes reciben alguna variante de la sugerencia de dejar de intentar resolver el problema de la forma en que lo han estado haciendo. A menudo esto se consigue utilizando el sistema de creencias de los clientes, pero dándoles un nuevo marco de referencia dentro de ese sistema de creencias ("reestructuración").

Por ejemplo, una familia acudió a terapia porque el padre parecía "deprimido". Su mujer y otros miembros de la familia habían hecho todo lo posible para animarle. Al fracasar sus esfuerzos, intentaron con más ahínco hacerle pensar en términos positivos. Esto, de nuevo, solamente pareció empeorar las cosas. El terapeuta dijo a la mujer que su marido parecía realmente deprimido y que su familia obviamente se preocupaba mucho por él y por su salud. Todo lo que habían hecho hasta ese momento para ayudarle eran señales obvias de cariño y preocupación. Sin

embargo, se les dijo, podría haber una cosa en la que no habían pensado y que demostraría incluso más su amor por él.

Entonces el terapeuta explicó que pensaba que el padre se sentía incomprendido, que nadie podía apreciar realmente su desolación. Al fin y al cabo, si le comprendían realmente ¿cómo le podían decir “ánimo”? El terapeuta añadió: “Lo que él realmente necesita ahora es sentir que de verdad estáis con él. Podéis hacer esto mostrándoos de acuerdo con él cuando se queje de algo. También podéis ayudarle a que se sienta más cerca de vosotros hablando de vez en cuando de las cosas que os deprimen a vosotros también. Eso le ayudará a sentirse menos aislado”.

Pese a que las acciones sugeridas iban en contra del plan original de la familia, tenían sentido al darles ese nuevo enfoque. Cuando dejaron de intentar animarle, su “depresión” mejoró (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974, págs. 147-150).

Los teóricos del MRI señalan también que, de la misma forma que los sistemas familiares pueden estar atascados en un patrón ineficaz de “soluciones intentadas”, también pueden estarlo los sistemas cliente/terapeuta. A veces los intentos de los terapeutas por hacer cambiar a los clientes pueden producir un efecto opuesto al deseado. En consecuencia, los terapeutas del MRI adoptan a menudo una postura pesimista ante la posibilidad o deseabilidad del cambio. Si se centran en algún cambio, tienden a advertir a sus clientes que “vayan despacio”, o que sólo introduzcan cambios pequeños, o que estén atentos ante posibles recaídas. De todos modos, el Proyecto de Terapia Breve del MRI ha mostrado que de hecho es posible que el cambio ocurra rápidamente.

#### EL CENTRO DE TERAPIA FAMILIAR BREVE: EL EQUIPO QUE HIZO FAMOSO A MILWAUKEE

Michele hizo parte de su entrenamiento en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) en Milwaukee, y durante varios años formó parte de su equipo de investigación. Durante el tiempo que

estuvo allí observó cómo el BFTC experimentaba cambios importantes. Hubo una evolución desde el enfoque de resolución de problemas, centrado en los problemas, del cual había nacido este modelo, hasta un mayor énfasis en las soluciones y cómo funcionaban. El equipo dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema, muy en la tradición MRI, para dedicarse a identificar lo que funcionaba a fin de identificar y amplificar estas secuencias de solución (de Shazer, 1982, 1985). El modelo de terapia desarrollado en el BFTC se denomina terapia breve centrada en las soluciones.

Steve de Shazer, que ha escrito extensamente sobre el trabajo del equipo, ha empleado la analogía de la ganzúa para describir este enfoque (1985). Mantiene que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos. Es más importante la naturaleza de las soluciones. Lo que más importa es la llave que abre la puerta, y no la naturaleza de la cerradura. Analizar y entender la cerradura no es necesario si se tiene una ganzúa que se ajusta a muchas cerraduras diferentes.

Un desarrollo interesante del grupo BFTC es su declaración de la muerte de la resistencia (de Shazer, 1984). Entendemos que los miembros del equipo incluso celebraron un funeral para expresar su duelo. Su punto de vista es que no existe la resistencia (especialmente cuando no esperas que la haya). Asumen que los clientes quieren cambiar realmente. Es cierto que los clientes no siguen siempre las sugerencias del terapeuta, pero esto no se considera resistencia. Cuando esto sucede, los clientes están simplemente enseñando a los terapeutas cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar. Se asume que cada cliente tiene una forma única de cooperar y que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación.

Para ello desarrollaron un árbol de decisiones, que se describe más adelante, que ayudaba a los terapeutas a identificar los patrones de cooperación de los clientes con las tareas. Una vez

que se ha identificado un determinado estilo de cooperación se puede determinar una respuesta paralela por parte del terapeuta. Este árbol de decisiones es una variación del “enfoque de la utilización” de Erickson. Esto puede parecer a primera vista simplemente una hábil reestructuración o redefinición de la resistencia, pero las implicaciones terapéuticas de este punto de vista pueden ser muy profundas.

Por ejemplo, si se da una tarea directa y el cliente responde siguiendo las instrucciones, estaría indicada otra tarea directa en sesiones posteriores para seguir avanzando sobre los cambios producidos. En otras palabras, es probable que ese cliente en particular siga una sugerencia directa.

Si el cliente responde a una tarea directa modificándola de alguna forma, se recomienda que el terapeuta use ese patrón ofreciendo tareas fácilmente modificables, con varias alternativas, o que contengan cierto grado de ambigüedad. Si los clientes no hacen las tareas (porque las olvidan o porque las rechazan o simplemente porque no pudieron hacerlas), no se les da ninguna tarea específica. En vez de ello se pueden contar durante la sesión metáforas o historias de cómo otras personas resolvieron problemas similares. Los clientes de este grupo a menudo eligen una de las soluciones y las emplean por sí mismos.

Si los clientes hacen lo contrario de lo que sugiere el terapeuta, en las directivas futuras existirá la posibilidad de responder en un sentido terapéutico oponiéndose a lo que se sugiere. Por ejemplo, si un cliente parece deprimirse *más* entre sesiones cuando el terapeuta ofrece sugerencias que promueven cambio, el terapeuta podría decir al cliente que probablemente hay algunas buenas razones para la depresión y que es esencial no cambiar con demasiada rapidez.

Otro hito en el camino hacia un enfoque centrado en las soluciones se produjo cuando el equipo desarrolló y advirtió la sorprendente efectividad de las prescripciones y tareas invariables que denominaron “tareas de fórmula”. Encontraron que varias de sus tareas parecían tener efectos notables independientemente de

la naturaleza de la queja presentada. Esto es, una misma intervención puede resultar tan eficaz con un niño que moja la cama como con un adulto deprimido.

Estudiaron una tarea específica, la "tarea de la primera sesión", y se vieron agradablemente sorprendidos por los resultados. La tarea es:

Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos (a mí me) gustaría que observaras, de modo que puedas describírnoslo (describírmelo) la próxima vez, lo que ocurre en tu (elíjase una de las siguientes: familia, vida, matrimonio, relación) que quieres que continúe ocurriendo (de Shazer, 1985, pág. 137).

Fue diseñada para centrar la atención del cliente en el futuro y para crear expectativas de cambio. Reorienta a la persona o familia a fijarse en las cosas buenas de su situación y observar más las cosas que van bien; parece producir aun más cosas positivas.

En una encuesta de seguimiento, 50 de 56 clientes informaron haber advertido cosas que querían que continuasen sucediendo, y 46 de los 50 dijeron que al menos una de estas cosas era algo nuevo (de Shazer y otros, 1986, pág. 217).

El equipo estaba intrigado con la idea de que una única tarea pudiera tener tal efecto positivo uniforme en situaciones clínicas que variaban tanto. Llegaron a la conclusión de que tal vez la construcción de soluciones tuviera menos que ver con las quejas específicas que traen los clientes de lo que habían pensado hasta entonces. Además, con el uso frecuente de esta "tarea de la primera sesión" se hizo evidente que las intervenciones pueden iniciar el cambio sin que el terapeuta sepa mucho sobre el problema, e incluso sin saber nada sobre él. Las intervenciones de fórmula podían ser ganzúas para las soluciones.

Tras desarrollar una serie de intervenciones-ganzúa (de Shazer, 1985) el equipo del BFTC se dio cuenta de las implicaciones de su éxito. Si la solución era más importante que

el problema, ¿por qué no centrarse más en los aspectos de la situación relacionados con la solución? Esto llevó al desarrollo de dos elementos de su enfoque, la “pregunta del milagro” y la “pregunta de la excepción”.

La pregunta básica del milagro es: “Supón que una noche, mientras duermes, hubiera un milagro y este problema se resolviera. ¿Cómo te darías cuenta? ¿Qué sería diferente?” (de Shazer, 1988, pág. 5). (De Shazer ha dicho que adaptó esta técnica de la técnica de Erickson de “pseudo-orientación en el tiempo”/ bola de cristal, descrita más arriba y en *Claves para la solución en terapia breve*, de de Shazer). Reflexionar sobre esta pregunta parece hacer más real, y por tanto más probable, un futuro sin el problema. Además, el terapeuta recibe directrices e información concretas para ayudar al cliente a encaminarse directamente hacia un futuro más satisfactorio. Por ejemplo, si el cliente dice que tras resolver su problema pasará más tiempo con sus amigos, el terapeuta puede animar al cliente, como parte de la tarea, a salir más con sus amigos.

La pregunta de la excepción lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en vez de en el futuro, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas pese a esperar que los tendrían. Al ampliar la descripción de estas ocasiones, puede que los clientes descubran soluciones que habían olvidado o en las que no habían reparado, o los terapeutas pueden encontrar claves sobre las que construir soluciones futuras.

Por ejemplo, a una pareja que se pelea mucho se le preguntaría: “¿Qué es diferente en los momentos en que os lleváis bien?” y “¿Qué es lo que él hace de forma diferente?” o “¿Qué es lo que ella hace de forma diferente?”, etc. El equipo observó que en muchos casos identificar estas excepciones y construir sobre ellas era una manera eficaz de generar soluciones.

El equipo llevó un paso más lejos la idea de centrarse en las excepciones. Empezaron a preguntar por las excepciones mucho antes en cada sesión. A menudo, tras elicitación una breve descrip-

ción del problema, los terapeutas del BFTC preguntan inmediatamente: "Bien, ¿qué es diferente en las ocasiones en que las cosas van bien?" Las respuestas de los clientes a estas preguntas proporcionaron al equipo más pruebas de que hay poca necesidad de saber mucho acerca del problema para generar soluciones.

Entre los desarrollos recientes del BFTC está el diseño de un modelo computarizado de "sistema experto" que puede ayudar a los miembros del equipo tras el cristal unidireccional a elegir rápidamente direcciones de solución a partir de las respuestas que da el cliente a las preguntas y tareas. Uno de los miembros del equipo, Eve Lipchik, se ha centrado últimamente en el proceso de la entrevista como forma de cambiar las percepciones de los clientes durante el proceso de evaluación y seguimiento. Insoo Kim Berg ha estado trabajando en los campos de la toxicomanía y las familias sin hogar para mostrar que estos enfoques pueden ser eficaces incluso con las poblaciones más difíciles con las que se enfrentan los terapeutas.

Como ya mencionamos anteriormente, estamos siguiendo el ejemplo del libro *In Search of Excellence* al estudiar lo mejor de lo mejor. Hemos extrapolado e incorporado a nuestro trabajo los aspectos más interesantes y más orientados a las soluciones de los modelos que acabamos de describir.

Encaramados a los hombros de los gigantes que nos precedieron, podemos mirar al futuro de la psicoterapia. Es desde esta perspectiva que se ha desarrollado la terapia orientada hacia las soluciones. Esta orientación centrada en las soluciones cuestiona muchos presupuestos típicos y tradicionales de la terapia. En el capítulo siguiente examinamos algunas de esas premisas y ofrecemos una base conceptual para la terapia orientada hacia las soluciones.

## 2. DESAFIAR PRESUPUESTOS

### PREMISAS DE LA TERAPIA ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

Para contrastar los dos tipos de enfoque, el dirigido a la explicación y la patología, y el orientado a las soluciones, proporcionamos aquí un análisis de las premisas de ambos. Debe tenerse en cuenta que para dejar más clara nuestra posición tal vez hayamos subrayado demasiado las diferencias y, por tanto, dado una imagen excesivamente simplificada de algunas terapias.

### PRESUPUESTOS COMUNES A LA MAYORIA DE LAS TERAPIAS ACTUALES

#### *Causas profundas y subyacentes de los síntomas*

Una premisa común de muchos enfoques psicodinámicos y familiares/interaccionales es que lo que está creando el problema es alguna dinámica subyacente que el ojo inexperto no percibe fácilmente. Los problemas son, por lo tanto, “síntomas” de alguna causa profunda y subyacente, enorme como un iceberg. De hecho, la propia palabra “síntoma” implica que aquello de lo que se quejan las personas al iniciar la terapia no es el verdadero problema, sino siempre la manifestación de algún problema más profundo. Esta teoría del “iceberg” parece proceder directamente de la medicina, donde los procesos sistémicos dan lugar a síntomas específicos. En medicina, tratar sólo el síntoma puede

resultar inadecuado o incluso peligroso. Esta idea y esta precaución han sido traspasados a los modelos de psicopatología y a los enfoques de terapia.

*Para el cambio o la resolución de los síntomas son necesarios la conciencia o el insight*

Siguiendo de nuevo la metáfora médica, sería poco inteligente tratar el "síntoma" sin comprender sus causas subyacentes. Muchas terapias intentan resolver los problemas ayudando a los clientes a hacerse conscientes de su naturaleza y de su origen. Se argumenta que para cambiar algo se debe ser consciente de la fuente o de la verdadera naturaleza del problema.

*Mejorar o eliminar los síntomas es, en el mejor de los casos, inútil y superficial, y dañino o peligroso en el peor de ellos*

Jay Haley ha dicho, medio en serio, medio en broma, que piensa que los psicoanalistas evitan centrarse en eliminar el síntoma porque no saben cómo hacerlo (comunicación personal, 1985). El que el psicoanálisis reste importancia a las soluciones es una consecuencia de la asunción de que no sólo es imposible eliminar el problema real eliminando el síntoma, sino que también podría ser peligroso. Un alivio temporal podría ocultar el problema y reducir la motivación del cliente para tratar las causas "más profundas".

*Los síntomas cumplen funciones*

La premisa de que los síntomas cumplen funciones está en la base de los enfoques terapéuticos (aparentemente) más dispares.

La mayoría de los terapeutas están de acuerdo en que los síntomas se dan debido a que tienen alguna función a propósito en la vida de las personas. Si no tuvieran algún propósito, no persistirían. Esta idea (que, en nuestra opinión, no sirve a ningún propósito) persiste tanto en las terapias individuales como en las familiares. El terapeuta de orientación psicodinámica admite que el síntoma tiene una función intrapsíquica, mientras que el de orientación interaccional presupone una función familiar o interaccional. Aunque quizás a los terapeutas de orientación psicodinámica y de orientación interaccional no les guste que se les meta en el mismo saco, al dar cursos en todo el mundo a terapeutas de los dos enfoques, nos encontramos con que comparten esta convicción fundamental. Lo que se desprende de esta creencia es la premisa de que, si se elimina el síntoma sin tener en cuenta de alguna forma la función que cumple, se producirá inevitablemente una sustitución de síntomas. Según esta creencia, los síntomas pueden resurgir de diversas maneras: aparecerá algún otro síntoma para ocupar el lugar del anterior, o volverá el síntoma viejo, o alguna otra persona del entorno interaccional desarrollará un problema.

*Los clientes son ambivalentes respecto al cambio  
y muestran resistencia a la terapia*

Al supervisar y enseñar a muchos terapeutas de muy distintos enfoques hemos advertido la creencia fundamental de que los clientes, en realidad, no quieren cambiar o al menos son ambivalentes acerca de la posibilidad de cambio. Por tanto hay que darles cierto tiempo o evadir sus defensas. Esta posición apoya a veces un modelo de enfrentamiento, con las consiguientes metáforas militares (“atacar sus defensas”, “ser derrotados por los clientes”, “estrategias para eliminar la resistencia”, “asesinos de terapeutas”, etc.). Un autor llegó incluso a describir a las familias “resistentes” como “barracudas” (Bergman, 1985). Aunque ha habido muchas discusiones sobre este tema en los últimos años

(de Shazer, 1984; Stewart y Anderson, 1984) es evidente que el concepto de resistencia no puede probarse ni refutarse. Si te concentras en encontrar resistencia, encontrarás casi con certeza algo que lo parezca.

*Los cambios reales requieren tiempo;  
las intervenciones breves son superficiales y no duran*

Puesto que los problemas y la patología están profundamente enraizados o arraigados, constituyen pautas repetitivas que están en la base de los sistemas individuales o sociales, es poco lo que se puede esperar de intervenciones y contactos breves, excepto, tal vez, un mejor ajuste social o vital. Incluso si el síntoma desaparece en un corto espacio de tiempo, él o algún síntoma sustitutorio aparecerán en algún momento futuro. A veces el cliente despista al terapeuta con una "huida hacia la salud", es decir, aparentando estar mejor, pero tapando, en realidad, el problema real. Los cambios que resultan de intervenciones breves no duran. El cambio real tiene lugar de la misma forma en que surgió la patología; a lo largo de un prolongado período de tiempo. La mayoría de los clientes y terapeutas parecen suscribir la idea, a menudo repetida pero nunca comprobada, de que "superar el problema llevará tanto tiempo como llevó desarrollarlo".

En las terapias orientadas a la relación, en las que la relación entre el cliente y el terapeuta es el centro del tratamiento, se tarda bastante en construir esta relación. En nuestros viajes oímos hablar de un supervisor que dijo a uno de sus supervisados que se necesitaban al menos 27 sesiones para hacer un buen diagnóstico, para conocer lo suficiente a una persona como para poder ayudarla. Aunque tal vez éste sea un costo extremo, la mayoría de las terapias están orientadas hacia la evaluación y el tratamiento a largo plazo.

A veces se dice que las terapias que son breves y trabajan basándose en los objetivos propuestos por el cliente son super-

ficiales. Jay Haley (1987, pág. 25) ha señalado que esta convención de hablar como si las terapias tuvieran (o no) profundidad es solamente una metáfora y no tiene base científica. El se pregunta qué sucedería si, en vez de “profundas” o “superficiales”, se llamara a las unas terapias “de derechas” y a las otras “de izquierdas”. ¿Sería entonces una forma habitual de rechazar un enfoque rival llamarle simplemente “demasiado de derechas” o “demasiado de izquierdas”? Baste decir que, si el cliente termina satisfecho de la terapia y ya no experimenta problemas claramente relacionados con el que tenía inicialmente, las discusiones teóricas acerca de si la terapia es profunda o superficial parecen superfluas.

### *Centrarse en identificar y corregir patologías y déficit*

La mayoría de las terapias dan gran importancia a la patología y los déficit. En un seminario durante un congreso nacional de terapia familiar, Michele presentó un video de terapia orientada a las soluciones: una “cura de un solo golpe”. Tras proyectarse el video, un miembro de la audiencia comentó que la madre era más bien “alocada” y preguntó si el terapeuta no había advertido algo muy extraño en su comportamiento. Al que preguntaba le parecía que estaba como “drogada”. Pensamos que a menudo los terapeutas buscan patología incluso debajo de las piedras. Si la buscas lo suficiente, seguro que la encuentras.

Hace poco, Michele trabajó con un chico de 15 años y su tía. El se había mudado temporalmente a casa de ella para dar un respiro a su padre enfermo. Este chico y su padre, que vivía en otro Estado, tenían una relación extremadamente violenta. Antes de que el chico fuera a vivir con su tía, había estado hospitalizado durante varios meses para controlar sus tendencias desafiantes. Al final de su estancia hospitalaria, el chico cooperaba más con el equipo del hospital, pero no se vio ninguna mejoría en la relación entre padre e hijo.

Estando en casa de su tía se observó una gran mejoría. Aunque las cosas no eran perfectas, el chico, en general, cooperaba, mejoró sus notas en la escuela, buscó un empleo y participaba en las actividades familiares. Michele le enseñó a ser un joven muy agradable y muy motivado en el tratamiento. Su tía era una mujer abierta, que no permitió que la reputación infame del chico marcara sus expectativas respecto a su sobrino.

Varios meses más tarde Michele recibió una llamada de la psiquiatra que había trabajado con el chico. La doctora sentía la necesidad de contactarse con Michele para advertirla acerca de la "personalidad manipuladora" del muchacho. "Pasivo-agresivo, narcisista y malicioso" fueron sólo algunos de los adjetivos que empleó para describir a su ex paciente. Advirtió a Michele que no se dejara engañar por su dulce sonrisa. Finalmente, añadió que ella había trabajado con el hermano del chico, que al menos tenía la decencia de "mostrarse tal y como es en todo momento", mientras que el cliente de Michele seguía las reglas con inteligencia, pareciendo cooperar, pero engañando calculadamente todo el tiempo.

### *Más allá de las creencias*

Muchos terapeutas consideran que estas ideas no son simplemente presupuestos, sino "verdades". Nosotros las consideramos meras creencias; muchas parecen incluso supersticiones con muy poca evidencia empírica que las apoye. Nosotros, los terapeutas, creamos a veces sin darnos cuenta profecías autocumplidoras (o tal vez, en este caso, deberían llamarse profecías "heterocumplidoras"). Si creemos que existe un problema profundo subyacente, puede que fomentemos su creación en el transcurso de la terapia. Si creemos que los clientes son enfermos e incapaces, tal vez empiecen a cumplir más y más nuestras expectativas. Discutiremos este tema con más detalle en capítulos posteriores.

DE LA PATOLOGIA DE LA SALUD:  
LAS PREMISAS DE LA TERAPIA ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

Hace algunos años J. R. Burnham (1966) realizó un interesante experimento sobre los efectos de las expectativas del experimentador. Hizo que varios experimentadores tuvieran ratas recorriendo un laberinto. A la mitad de las ratas se les había extraído quirúrgicamente parte del cerebro. La otra mitad había recibido las mismas incisiones, pero no se habían tocado los tejidos cerebrales. A los observadores ingenuos las ratas les parecían idénticas. Se dijo a estos experimentadores que el objetivo del experimento era estudiar los efectos de las lesiones cerebrales sobre el aprendizaje. A algunos de los experimentadores se les dijo que tenían ratas con lesión cerebral, cuando en realidad se les habían dado ratas sin daño cerebral. A otros experimentadores se les dijo que tenían ratas intactas, pero en realidad recibieron ratas con lesiones cerebrales. A otros se les dieron ratas con la calificación correcta (lesionadas o intactas). Los resultados fueron los siguientes:

1. Las ratas lesionadas no lo hicieron tan bien como las ratas que no estaban lesionadas.
2. Las ratas intactas, pero que los experimentadores creían lesionadas, no lo hicieron tan bien como las ratas que los experimentadores creían no lesionadas.
3. Las ratas lesionadas que los experimentadores creían no lesionadas lo hicieron algo mejor que las ratas no lesionadas que los experimentadores creían lesionadas.

Nos interesan especialmente el segundo y el tercer resultado. A partir de éste y otros estudios (Rosenthal, 1966) queda claro que las expectativas del experimentador influyeron sobre el resultado del experimento. El estado real del cerebro de la rata tenía menos relación con el resultado que el prejuicio del experimentador acerca del resultado probable. Uno puede imaginar las sutiles

diferencias en la forma en que los experimentadores manejaron las ratas y observaron los datos, que pueden justificar la diferente actuación de las distintas ratas en el laberinto. No estamos hablando de falta de honestidad, sino de la influencia inevitable de las expectativas sobre las acciones y percepciones del experimentador.

Volvamos por un momento al mundo de la terapia. Supón que te acaban de derivar un nuevo caso dándote información como "Mary es increíblemente resistente a la terapia" o "Juan tiene lesión cerebral mínima" o "Esta es una familia multiproblemática, derivada por el juez". ¿De qué manera crees que esta información podría influir sobre tu expectativa acerca de lo que es posible (o imposible) en terapia? Nosotros afirmamos que los prejuicios que se derivan de las expectativas del terapeuta, tanto si son positivas como si son negativas, influirán sobre el curso y el resultado de la terapia de un modo similar al de las expectativas del experimentador en el experimento de Burnham.

En su libro *Imagery in Healing*, Jeanne Achterberg (1985) ofrece muchos ejemplos excelentes de cómo las expectativas influyen sobre el resultado en el ámbito médico/físico. Ella narra una historia del libro de Norman Cousins, *The Healing Heart*, sobre un "paciente en estado crítico cuyo músculo cardíaco estaba irreparablemente dañado y para el cual se habían agotado todos los medios terapéuticos. Durante una de sus visitas, Lown (su médico) comentó a su equipo que el paciente tenía un 'saludable ritmo de galope', en realidad, signo de una patología importante, y habitualmente un indicador de que el corazón estaba fallando. Varios meses más tarde el paciente vino a revisión en un extraordinario estado de recuperación. Dijo al Dr. Lown que sabía qué era lo que le había hecho mejorar y en qué momento había ocurrido: '...el martes por la mañana cuando usted entró con su gente, sucedió algo que lo cambió todo. Escuchó mi corazón; pareció contento por lo que encontró y anunció a los que estaban en torno a mi cama que tenía un 'saludable ritmo de galope'. Después el caballero continuó razonando que su corazón debía

tener un buen ritmo y que por tanto no podía estar muriéndose. Supo al instante que se repondría" (Achterberg, 1985, pág. 79, de Cousins, 1983, págs. 15-16).

Puesto que lo que esperas influye sobre lo que consigues, los terapeutas centrados en las soluciones mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen más eficaz y agradable nuestro trabajo. Mantenemos premisas que se centran en los recursos y las posibilidades; por fortuna, estas asunciones también ayudan a crear profecías autocumplidoras.

### *Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas*

El trabajo que Erickson hizo con "Ma" (narrado en nuestra introducción) apunta a la idea de que todas las personas ya disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver las quejas. Es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas. A menudo, los clientes, abrumados por las dificultades de la vida, pierden de vista sus recursos de resolución de problemas. Tal vez sólo necesiten que se les recuerden las herramientas de que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas. Otras veces, puede que tengan algunas aptitudes que pueden ser aumentadas o perfiladas para ayudarles a superar su situación.

*Una maestra de primero fue a la consulta de Michele porque ya no podía manejar la relación frustrante que mantenía con su hija de 15 años; estaba al límite. Explicó que las constantes coacciones y recordatorios, las charlas francas y las voces no conseguían que su hija colaborara más en casa. Según su madre, la chica era autocomplaciente, desafiante e irrespetuosa.*

*Se hizo evidente que el único método que usaba esta mujer para manejar a su hija era verbalizar su desagrado. Aunque*

*ocasionalmente variaba el volumen de la voz, no consideraba nunca otro tipo de disciplina. La madre pensaba que su hija debía tener más consideración con ella y obedecer por esa razón. Por desgracia, su hija no estaba de acuerdo.*

*Lo único que hizo falta para que esta mujer saliera de su atolladero fue recordarle su trabajo con los alumnos. "Todos los maestros saben que los niños tienen diferentes formas de aprender", le dijimos. "Algunos aprenden visualmente y otros aprenden de oído". Ella participó en la conversación ofreciendo información adicional acerca de las formas de aprender preferidas por sus alumnos. "El método de enseñanza debe ajustarse al estilo de cada estudiante para que se produzca el aprendizaje". Ella asintió con vehemencia. Le sugerimos que ella había considerado erróneamente a su hija como una alumna auditiva y debía reevaluar la verdadera forma de aprender de la chica. Una vez que hubo tenido acceso a sus abundantes habilidades, no tuvo ninguna dificultad para volverse más creativa y eficaz en sus respuestas a la hija.*

### *El cambio es constante*

Si admites que el cambio es constante, te comportarás como si el cambio fuera inevitable. Por medios verbales y no verbales los clientes recibirán la impresión de que sería sorprendente que la queja que presentan persistiera. Los físicos nos enseñan que todo fluye; los átomos y las moléculas están constantemente moviéndose y recolocándose en el universo físico. Los biólogos nos dicen que nuestro organismo crea constantemente células nuevas, de modo que finalmente el conjunto de células de nuestro cuerpo está totalmente nuevo. Consideramos el universo un universo cambiante. De hecho, pensamos que las situaciones de las personas están siempre cambiando. Cuando informan que nada ha cambiado, es su *forma de ver* la situación lo que ha quedado igual.

*A una madre y su hija adolescente, tratadas en el centro de Michele, se les pidió que informaran de los resultados de la tarea que habían recibido durante la primera sesión. La tarea había sido diseñada para reducir el número de peleas entre ellas, puesto que la madre se había quejado previamente de que peleaban constantemente. La hija empezó describiendo con todo lujo de detalles una discusión que había habido durante la semana. La madre añadió sus impresiones acerca del altercado. A los 10 minutos de esta charla, la terapeuta les interrumpió preguntando: "Por cierto, ¿qué tal fue el resto de la semana?" La expresión de la madre cambió abruptamente. "Oh" dijo, "¡Se portó como un verdadero ángel! Aparte de esa pelea estuvo maravillosa".*

Nuestra conjetura es que si la terapeuta hubiera permitido que esta pareja siguiera comentando su enfrentamiento, podrían y lo habrían hecho durante la mayor parte de la sesión. Es más, probablemente hubieran dejado la sesión centrada en las dificultades de su relación, pese a que la mayor parte de la semana había ido sumamente bien. Seguramente esto hubiera tenido efectos negativos para su relación. Por fortuna para estos clientes, la premisa de la terapeuta de que "el cambio es inevitable" la llevó a dedicar el resto de la sesión a explorar qué había contribuido a que tuvieran una semana relativamente pacífica.

De forma similar, ¿cuántas veces sucede que, pese a que un marido y una mujer hayan tenido una o dos semanas muy agradables, un desacuerdo durante el camino al despacho del terapeuta lleva a éste a creer que no ha habido ninguna mejoría? El terapeuta ve a dos individuos enfadados y hace juicios instantáneos, a veces inconscientes, acerca de su evolución, con lo que se desanima. Cuando los esposos se lanzan a explicar la naturaleza de su desacuerdo (pensando que es para eso para lo que están en terapia), sienten el desánimo creciente del terapeuta y los recuerdos de los buenos momentos de la semana se desvanecen.

A la inversa, si aseguramos a los clientes que comentaremos su pelea tras revisar la tarea (ofreciéndoles así una oportunidad

para que describan los sucesos positivos de la semana), los sentimientos positivos que surgen de esta discusión crearán un contexto diferente en el cual volver a hablar sobre el desacuerdo, si es que ello sigue siendo necesario para entonces. También se pueden enfriar de esta forma los recuerdos de la discusión. Es obvio que el terapeuta puede hacer mucho para influir sobre las percepciones de los clientes respecto a la inevitabilidad del cambio y lo que “debería” suceder durante la sesión.

Tal y como indicábamos en nuestra discusión inicial, pensamos que el terapeuta conduce la sesión en una dirección determinada basándose en sus prejuicios y presupuestos. Puesto que la terapeuta con un enfoque centrado en las soluciones se centra en la omnipresencia del cambio, cambiará el tema de conversación: de cómo las cosas han seguido igual se pasará a cómo las cosas han cambiado.

### *El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio*

Como terapeutas, tenemos un deber muy claro. Primero, conseguir claridad en nosotros mismos; y buscar luego cualquier señal de claridad en los demás y apoyarles y reforzarles en todo lo que haya de sano en ellos.

GREGORY BATESON, 1972, pág. 487.

A partir de los ejemplos anteriores debería quedar claro que como terapeutas ayudamos a crear una realidad determinada por medio de las preguntas que hacemos y los temas en que elegimos centrarnos, así como mediante los que elegimos ignorar. En el mare mágnum de información que nos proporcionan nuestros clientes, nos parece importante centrarnos en lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso, y trabajar para ampliarlo. Describiendo sus observaciones del trabajo de Erickson, Haley escribió: “También es característico del trabajo con familias de Erickson buscar un pequeño cambio

y ampliarlo. Si el cambio se da en un área crucial, lo que parece pequeño puede cambiar todo el sistema. A veces emplea la metáfora de un agujero en un dique; no hace falta un agujero muy grande para terminar produciendo un cambio en la estructura de todo el dique" (1973, págs. 34-35).

*Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla*

Normalmente, los terapeutas orientados hacia las soluciones no encuentran útil reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado. A veces sólo es necesario un mínimo de información para resolver la queja. Nos hemos encontrado con que a menudo los terapeutas quedan atascados por tener demasiada información, más que por tener demasiado poca, o demasiada información acerca del problema y demasiado poca acerca de la solución.

*Hace varios años Michele tuvo a una madre y a su hija de 15 años en terapia. Al inicio de la primera sesión hizo una pregunta acerca de los cambios positivos en su situación que habían advertido antes de la sesión. La madre dio durante 15 minutos valioso material positivo acerca de todos los cambios que había observado entre la llamada para pedir hora y la consulta. Dijo: "Estoy más relajada porque mi hija parece más feliz y más relajada... Me puedo concentrar mucho mejor en el trabajo... Me he dado cuenta de mi propia responsabilidad para que todo esto siga adelante y he hecho algunos cambios... Su padre parece estar menos encima de ella, así que yo me siento mucho mejor". Luego la chica añadió su propio recuento de mejoras, que incluían estar más relajada, llevarse mejor con los amigos, ser capaz de concentrarse en la escuela, y sentirse aliviada porque su madre se encontraba mejor.*

*A la mitad de estos informes de cambio (que eran parecidos*

*a lo que se dice durante la última sesión de un tratamiento eficaz), Michele se dio cuenta de que no sabía nada sobre la queja. A medida que los clientes seguían enumerando los cambios se preguntaba qué hacer a continuación, puesto que se sentía desbordada por el número y la magnitud de los cambios. Se planteó preguntar simplemente: "¿Bien, qué tiene que suceder para que las dos continuéis estos cambios?", pero en aquel momento le parecía ilógico intentar resolver un problema del que no sabía nada.*

*En vez de ello recurrió a la pregunta "¿En qué puedo ayudaros?" En cuanto hizo esta pregunta resultó evidente que había invertido el impulso hacia adelante iniciado por su pregunta anterior. Tanto la madre como la hija respondieron ofreciendo sus relatos acerca de las dificultades que estaban experimentando. Sin darse cuenta, Michele les había apartado del proceso de cambio.*

En vez de una información detallada sobre la queja, lo que parece importante para los terapeutas centrados en las soluciones es lo que los clientes hacen y que les da buenos resultados. Hay mucho que aprender de las excepciones, es decir, de los momentos en los que los problemas que llevan a los clientes a terapia no resultan molestos. Sea lo que fuere diferente en esos momentos, puede identificarse y el cliente puede aprender a repetir una y otra vez lo que funciona, hasta "no dejar espacio" al problema. Es como si hubiera una pantalla de televisión que se llena con lo que está enfrente de la cámara de la conversación terapéutica, sea lo que fuere. Si la cámara se centra sobre todo en los problemas y la patología, tanto los terapeutas como los clientes perciben problemas y patología. Si el centro de interés de la investigación y la discusión está en las soluciones y las capacidades, son esas imágenes las que dominan la pantalla. De forma similar, si se consigue que los clientes perciban o actúen sobre los recursos y las soluciones fuera de la sesión, esa percepción o experiencia llenará también la pantalla de sus vidas fuera de la terapia.

*No es necesario conocer la causa  
o la función de una queja para resolverla*

Los terapeutas que se centran en las soluciones no aceptan la creencia de que en los individuos, relaciones o familias, los síntomas (lo que llamaremos “quejas”) cumplen determinadas funciones. Incluso las hipótesis más perceptivas y creativas acerca de la posible función de un síntoma no ofrecerán a los terapeutas pistas acerca de cómo puede cambiar la gente. Simplemente sugieren cómo las vidas de las personas se han vuelto estáticas y por qué se mantienen de esa forma.

En esencia, la idea de que los síntomas cumplen determinadas funciones tiene sus raíces en la teoría freudiana. La doctrina de la sustitución de síntomas afirmaba que los problemas psicológicos representan conflictos subyacentes y que cualquier intento de centrarse en la eliminación de síntomas en vez de hacerlo sobre el tema subyacente llevaría, en el mejor de los casos, a la reaparición de otro síntoma...

Nunca se ha demostrado empíricamente que la eliminación de síntomas tenga que llevar inevitablemente a una ruptura de la familia o a nuevos síntomas en otros miembros de la familia. Ciertamente no fue ése el caso en las 300 historias clínicas, aproximadamente, que yo examiné en el MRI (Mental Research Institute). La reacción más habitual de las familias ante la mejoría de uno de sus miembros es el alivio...

Sin embargo, un terapeuta que crea que los síntomas tienen funciones puede de hecho fomentar una ruptura familiar. Cuando la terapia está basada en la creencia de que los síntomas cumplen funciones se hace difícil una verdadera colaboración con las familias... El problema más serio de la idea de la función de los síntomas es que puede convertirse en una profecía autocumplidora, antiterapéutica (Coyne, 1985, págs. 60-61).

Antes de empezar el tratamiento, la mayoría de los clientes han especulado (miles de veces) acerca de las causas y razones de sus dificultades. Rara vez les acerca este tipo de análisis a la solución; si lo hiciera, no estarían en terapia. Rara vez saber “por qué” se come demasiado sirve para refrenar el apetito o cambiar los hábitos de alimentación.

Debido a experiencias terapéuticas previas, a las imágenes que

transmiten los medios de comunicación, o a la creencia cultural en la validez de una búsqueda de causas, muchos clientes nos dicen que su objetivo en el tratamiento es entender “por qué” tienen el problema. A esto respondemos: “¿Sería suficiente que el problema desapareciera y nunca entendieras por qué lo tuviste?” Por lo general los clientes están de acuerdo en que lo que realmente quieren es aliviar el problema. Simplemente pensaron que tenían que entender el problema antes de resolverlo.

*Sólo es necesario un cambio pequeño;  
un cambio en una parte del sistema  
puede producir cambio en otra parte del sistema*

Las personas que están en un bache hablan con frecuencia de los círculos viciosos. Saben que salir y hacer algo aliviaría su depresión, pero están demasiado deprimidas para hacerlo. Reconociendo su incapacidad de emprender la acción se deprimen aun más, lo que les hace tener aun menos ganas de salir, etcétera.

Esta tendencia de que los pensamientos y acciones entren en escalada puede actuar también en la dirección opuesta. Una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios. Las parejas que van a terapia ofrecen a menudo ejemplos claros de este fenómeno. Habitualmente estas relaciones se caracterizan por las acusaciones y el retraimiento. Sin embargo, cuando la persona A realiza un pequeño gesto que agrada a la persona B, la persona B corresponde, lo que a su vez estimula a la persona A a responder de igual manera, etc. (Tal vez podría denominarse esto una “espiral benevolente”).

Erickson empleó la metáfora de una bola de nieve rodando por una montaña para describir la importancia de los cambios pequeños. La metáfora de la bola de nieve dice que una vez que la bola rueda, el terapeuta solamente necesita apartarse del camino. Esto se contrapone al modelo “Sísifo” de terapia

(siguiendo el mito griego de Sísifo) en el que el terapeuta ayuda al cliente o a la familia a subir la roca del problema hasta la cima de la montaña, para descubrir que al principio de la sesión siguiente la roca está de nuevo al pie de la montaña. Algunos terapeutas incluso suben la roca hasta la cima de la montaña mientras la familia observa desde abajo.

Otra característica del cambio es que es contagioso; un cambio en una parte del sistema produce cambio en otra parte del sistema. En nuestros seminarios mostramos a veces el video de una madre y su hijo que se están quejando de muchas cosas, entre ellas de la abuela (que no está presente en la sesión), porque interfiere en su conducta. El comentario que con mayor frecuencia hacen los observadores tras ver la primera sesión es que el terapeuta debe incluir a la abuela en la segunda sesión para resolver sus diferencias. La segunda sesión empieza con que la madre informa que las cosas han mejorado mucho y el hijo le da la razón al ciento por ciento. Ella añade que esta semana la abuela no se ha metido donde no la llaman, y que eso les agrada. Sin embargo, esto deja perplejos a los asistentes al seminario, ya que la terapeuta no dio ninguna tarea o mensaje referido a la abuela. ¿Qué puede justificar entonces el repentino cambio en su conducta molesta?

Hemos observado repetidas veces que un cambio en una parte de la familia lleva a cambios en otras partes de la familia. De igual forma, un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. Imagínate el movimiento de un móvil. Poco después de que se ha movido una pequeña pieza, todo el móvil está girando, rotando y dando vueltas. Puesto que el cambio parece producir más cambio, los terapeutas centrados en las soluciones, en vez de preocuparse por la sustitución de síntomas o la recaída al final de la terapia, vislumbran un futuro aun más brillante que la situación del cliente al terminar la terapia. Tenemos la sensación de que los cambios positivos al menos continuarán y que tal vez se expandirán y tendrán efectos beneficiosos en otras áreas de la vida de la persona.

De hecho, según los estudios de seguimiento realizados en el Centro de Terapia Familiar Breve y en el Mental Research Institute, parece haber cierta base empírica para este optimismo. Una de las preguntas de seguimiento que se utiliza es: "¿Ha mejorado, desde que terminó la terapia en el BFTC, alguno de los problemas antiguos que no fueron abordados directamente en terapia?" En uno de los estudios, 15 de los 23 clientes encuestados informaron que se habían producido mejorías en otras áreas (de Shazer, 1985, págs. 156-157). Un estudio de seguimiento que utilizaba las mismas preguntas, y realizado en el McHenry County Youth Service Bureau (Illinois), donde trabaja Michele, arrojó aproximadamente los mismos resultados, con un 67% de los clientes informando de mejorías en otras áreas.

### *Los clientes definen los objetivos*

En el video citado más arriba, la madre dice al terapeuta que su objetivo para la terapia es ser menos sarcástica con su hijo y pelear menos con él. Sin embargo, cuando preguntamos a los terapeutas que ven la cinta cuáles creen que deberían ser los objetivos, sugieren cosas como: "La madre (que está soltera) necesita un novio", "La madre tiene que aprender a no estar tan encima de su hijo", "Necesitan más contacto visual" y "Necesitan irse de casa de la abuela". Todas estas sugerencias pueden ser buenas, pero tienen poco que ver con los objetivos que se ha marcado la cliente. A veces, cuando hacemos este ejercicio, los terapeutas ni siquiera pueden recordar los objetivos formulados por la madre.

Los terapeutas centrados en las soluciones no creemos que haya una única forma "correcta" o "válida" de vivir la propia vida. Hemos llegado a la conclusión de que lo que en una familia o para una persona es una conducta inaceptable, resulta deseable para otra. Por lo tanto son los clientes, no los terapeutas, los que identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento. (Esto es

diferente de la identificación de problemas, que consideramos una co-creación entre clientes y terapeutas.)

Los terapeutas están entrenados para ver patologías, así que tal vez en la situación anterior estén seguros de que es patológico para la madre y el hijo vivir con la abuela. Pensamos que lo mejor es dejar la decisión en manos de las personas involucradas (abuela, madre e hijo), y que podemos trabajar para conseguir los objetivos que han indicado, sin imponerles nuestras ideas de cómo deberían vivir una vez que el tratamiento haya tenido éxito.

A este respecto, Erickson ha dicho: "Cada persona es un individuo único. Por tanto, la psicoterapia debería formularse para satisfacer la unicidad de las necesidades del individuo, en vez de adaptar a la persona para que quepa en el 'lecho de Procusto' de una teoría hipotética de la conducta humana" (Zeig, 1982, pág. vii).

Una última reflexión sobre el establecimiento de objetivos en terapia. Hemos trabajado con muchos clientes cuyas experiencias terapéuticas anteriores habían sido decepcionantes por la siguiente razón: Contrariamente a lo que el cliente identificaba como la meta a conseguir, el terapeuta insistía en que sabía cuál era el problema real, y por tanto, cuál debía ser el objetivo del tratamiento. Con frecuencia, estos clientes dicen: "Llevamos a nuestro hijo para recibir algunos consejos sobre su problema de comportamiento, pero el terapeuta dijo que, en realidad, teníamos problemas maritales y que en vez de eso deberíamos trabajar sobre nuestro matrimonio. Nos enfadamos y decidimos no volver".

Puesto que no creemos que exista un "problema real" subyacente a la queja, ni creemos que los terapeutas estén mejor preparados para decidir cómo sus clientes deberían vivir sus vidas, pedimos a la gente que solicita nuestra ayuda que establezcan sus propios objetivos para el tratamiento. Sólo en circunstancias poco frecuentes hacemos sugerencias alternativas a los objetivos de nuestros clientes. Una excepción obvia es el establecimiento de objetivos ilegales, como el abuso de niños. Otra excepción es el

manejo de metas claramente inalcanzables o no realistas, que abordaremos con mayor detalle más adelante.

En la mayoría de los demás casos, los clientes marcan sus propios objetivos. Si la pareja del ejemplo anterior quiere trabajar sobre la conducta de su hijo, es eso exactamente lo que vamos a hacer. Ni qué decir tiene que es predecible que la pareja se lleve mejor cuando ya no tengan que discutir sobre la mala conducta de su hijo. Hay más de una forma de despellejar a un gato.

### *El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos*

Creemos que, como resultado de nuestra interacción durante la primera sesión, nuestros clientes obtendrán una visión nueva, más productiva y optimista, de su situación. Naturalmente, si tras la primera sesión aún piensan que su situación necesita mejorar, esperamos que vayan a casa y hagan lo que sea necesario para hacer sus vidas más satisfactorias. Por lo tanto es común que durante la segunda sesión se informe de cambios significativos, y que estos cambios sean duraderos. Para los terapeutas que trabajan de esta forma, la duración media del tratamiento varía, pero generalmente es inferior a las diez sesiones, habitualmente más bien sobre las cuatro o cinco, y ocasionalmente sólo una.

Las preocupaciones que los clientes presentan a los terapeutas centrados en las soluciones no son distintas de las de los clientes que acuden a otros tipos de tratamiento. Y, sin embargo, en otras modalidades de tratamiento no se informa habitualmente de una rápida resolución de problemas o de "curas espontáneas". De nuevo estamos convencidos de que los terapeutas y clientes co-crean realidades. Tal vez el factor más importante que contribuye a las expectativas de cambio de los clientes sea lo que el terapeuta cree que en última instancia puede conseguirse.

En *Imagery in Healing* (Achterberg, 1985, págs. 82-83) se describe otro ejemplo fascinante de curación rápida. A una investigadora médica especializada en cáncer le fue diagnosticado

un tumor cerebral y se le dieron 6 meses de vida. Sin embargo, cuando revisó las estadísticas nacionales de cáncer con una persona que le ayudó a interpretarlas, descubrió que, aunque era cierto que la esperanza media de vida era de 6 meses, el 38% de todos los pacientes en su grupo de edad tenía la expectativa de vivir 3 años más, y que un 27% vivía al menos 10 años y se les consideraba curados tras ese período de tiempo. Cuando conoció estas nuevas estadísticas, pensó: "Lo conseguiré". A continuación "...volvió de nuevo a pensar y actuar como una persona sana. A los dos días se aclaró su habla, mejoró su memoria y desapareció una tos persistente. Insistió en seguir un programa de terapia física para fortalecer su mano y su brazo debilitados, y pidió que le redujeran las altas dosis de tranquilizantes y somníferos. El neurólogo que trabajaba en colaboración con nosotros quedó atónito ante sus rápidos progresos".

*No hay una única forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos*

En la película japonesa ya clásica, *Rashomon*, se cuenta la historia de un asesinato a través de los ojos y los recuerdos de varios observadores diferentes. Lo que resulta tan intrigante de esta historia es que, a pesar de que los narradores describen el mismo suceso, sus descripciones difieren tremendamente. No hay forma de determinar cuál de los puntos de vista es el más "correcto"; al contrario, resulta evidente que cada punto de vista es solamente una pequeña porción de la imagen total y está coloreado por los prejuicios y las ideas previas de cada persona.

Cuando trabajamos en terapia con parejas y familias se nos recuerda el "efecto Rashomon". A veces, cuando dos personas describen un suceso, una discusión o incluso el argumento de una película, es difícil creer que las dos observaron lo mismo. Cuando se describen los diferentes puntos de vista, en vez de pensar que

son “correctos” o “erróneos”, admitimos que la percepción de cada persona representa una parte integral, igualmente válida, de la situación.

Aunque no pensamos que haya puntos de vista correctos o incorrectos, creemos que existen puntos de vista más o menos útiles. Es decir, las opiniones que las personas tienen acerca de sus problemas aumentan o disminuyen la probabilidad de solución. Los puntos de vista útiles ofrecen una salida de las redes psicológicas que tejen las personas. Los puntos de vista que las mantienen bloqueadas simplemente no son útiles.

Por ejemplo, aunque tal vez nadie ponga en duda los “hechos” de la situación, “Steve ha estado haciendo novillos y ha suspendido 5 asignaturas”, puede haber profundos desacuerdos respecto al “significado” de esta conducta. La conducta de Steve podría describirse como vaga y mal intencionada. Tal vez el padre diga que no ir al colegio es un acto beligerante, de rebeldía. O quizá los padres hagan la conjetura de que tiene problemas de autoestima desde que se trasladó a la nueva escuela, hace seis meses. Tal vez la madre añada que últimamente han estado bajo una gran tensión por problemas económicos y probablemente Steve esté reflejando la tensión que hay en casa. Una tercera opinión sería que los novillos de Steve son sólo un ejemplo de su conducta irregular en general, sintomática de su intolerancia al azúcar.

Estos puntos de vista influirán en cómo se intenten reducir los novillos de Steve. Considerando a éste beligerante y vago, lo más probable es que sus padres empleen el castigo o la disciplina para obligarle a mejorar su asistencia a clase. Sin embargo, si se piensa que Steve tiene un problema de autoestima, habrá largas “charlas sinceras” y conversaciones. (“¿Qué te pasa? Dime qué es lo que te preocupa”.) Con frecuencia se pide consulta para “llegar a la raíz del problema”. Los padres que tienen este criterio por lo general no se plantean emplear consecuencias negativas (castigos) para la conducta no deseada. Asimismo, si los padres están convencidos de que la causa del comportamiento de su hijo es

fisiológica, estará por supuesto indicado un tratamiento bioquímico y no se buscarán ni aceptarán otros enfoques.

Por tanto, los significados que las personas atribuyen a la conducta limitan el abanico de alternativas que emplearán para enfrentarse a una situación. Si los métodos empleados no producen un resultado satisfactorio, por lo general no se pone en duda la premisa original acerca del significado de la conducta. Si se hiciera se podrían considerar nuevos significados, que a su vez podrían llevar a un enfoque diferente y tal vez más efectivo. En vez de ello, las personas suelen redoblar sus esfuerzos ineficaces para resolver el problema, pensando que haciéndolo más, con más empeño, o mejor (por ejemplo, más castigos, más conversaciones sinceras, etc.) terminarán por resolverlo (el “más de lo mismo” del grupo MRI; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Su persistencia recuerda a los “turistas que viajan por países no-anglófonos y que, cuando los nativos no entienden sus peticiones, las repiten hablando más alto” (Weiner-Davis, 1984, pág. 47).

A veces lo único que hace falta para iniciar un cambio importante es un cambio en la percepción de la situación. Por ejemplo, una madre estaba terriblemente preocupada por su hija adolescente. Informó que la chica parecía deprimida porque pasaba mucho tiempo sola en su habitación, y cuando estaba con la familia durante las comidas, con frecuencia estaba callada y parecía deseosa de volver a su cuarto al acabar de comer. Como suele suceder en estos casos, la madre había intentado ayudar a su hija preguntándole: “¿Estás bien? ¿Qué te pasa? ¿Estás deprimida?” Para evitar estas preguntas la chica se retiraba aun más.

Preguntamos a la madre cómo era capaz de diferenciar entre “depresión” y “altibajos normales de la adolescencia”. Reflexionó un momento sobre nuestra pregunta y dijo que no había considerado realmente la posibilidad de que su hija estuviera simplemente baja de ánimo. Esta nueva visión de la anterior situación la alivió mucho. La siguiente vez que observó a su hija leyendo en silencio en su cuarto, no se preocupó por ello y se sentó

en el sofá a leer un buen libro también ella. La chica notó que algo había cambiado al ver que su madre no estaba en la puerta controlándola; sintiendo curiosidad, bajó las escaleras para ver qué estaba sucediendo. La presencia de la hija abajo reforzó la nueva perspectiva de la madre en el sentido de que su hija estaba bien, etcétera.

*Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse,  
y no en lo que es imposible e intratable*

Como terapeutas orientados al cambio, queremos centrar nuestra atención en los aspectos cambiantes y cambiabiles de la experiencia de nuestros clientes. Por tanto, no nos fijamos en las características o aspectos del cliente o de su situación que no sean susceptibles de cambio.

Una de las modas actuales en terapia es el diagnóstico de “personalidad *borderline*”. Hemos hecho sondeos en nuestros seminarios y aún no hemos encontrado a nadie que haya curado o cambiado una personalidad *borderline*. Lo mejor que se puede hacer con ese diagnóstico, aparte de años de terapia intensiva y posiblemente infructuosa, es sobrellevar el trastorno.

Tal vez sea éste el punto capital de desacuerdo entre los terapeutas centrados en las soluciones y los terapeutas de otras orientaciones que trabajan a largo plazo. A aquellos de nosotros que nos centramos más en las soluciones nos gusta trabajar con objetivos bien definidos, que sean alcanzables en un período de tiempo razonable (es decir, bastante menor que los 20 años de Alby Singer). Los terapeutas que trabajan a largo plazo se comprometen a menudo, dándose o no cuenta de ello, a intentar cambiar las características relativamente fijas de las personas, como su personalidad o sus complejos. Curar una personalidad *borderline* está más allá de nuestros conocimientos, pero ayudar a una persona a conseguir un trabajo o a hacer amigos o a tener

una relación sexual satisfactoria, o a dejar de autolesionarse, sí está dentro de nuestras posibilidades.

Por lo tanto nos centramos en aquellos aspectos de la situación de la persona que parecen más susceptibles de cambio, sabiendo que iniciar cambios positivos y ayudar a la persona a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y más amplios en otras áreas (quizás incluso en su "personalidad"). Evitamos los constructos psicológicos que no son útiles para el cambio. Los constructos de personalidad pueden ayudarnos a entender la complejidad de las personas, pero se necesita todo un conjunto de nuevos constructos para ayudar a las personas a cambiar.

Jay Haley (1976) ha expresado bien esta idea:

Catalogar a un niño como "delincuente" o decir que sufre una "disfunción cerebral mínima", o etiquetar a un adulto como "alcohólico" o "esquizofrénico" es participar en la creación de un problema de tal forma que el cambio se hace más difícil. Un terapeuta que describe una situación familiar en términos de "una madre dominante y un padre pasivo" o "una relación simbiótica entre madre e hija" ha creado problemas con ello, aunque pueda pensar que solamente está identificando los problemas que se le presentan. La manera en que se etiqueta un dilema humano puede cristalizar un problema y hacerlo crónico.

### 3. EL PRINCIPIO DE INCERTIDUMBRE EN TERAPIA

#### CO-CREAR PROBLEMAS RESOLUBLES

Para que una terapia termine adecuadamente, debe comenzar adecuadamente, esto es, negociando un problema resoluble... el acto de la terapia empieza por la manera de examinar el problema.

JAY HALEY, *Terapia para resolver problemas*,  
pág. 9

“Enfermedad iatrogénica” es el nombre que se da a aquellos problemas médicos que son causados o empeorados por el enfoque que adopta el doctor que está tratando el problema. Un ejemplo es la disquinesia tardía, una enfermedad parecida al Parkinson y causada por el uso prolongado de medicamentos psiquiátricos (neurolépticos). Aquí nos queremos centrar en las técnicas de salud iatrogénica, es decir, la salud que se promueve o crea por la intervención terapéutica. En 1961, mientras daba una conferencia, Erickson, siempre por delante de su tiempo, habló de este tema. “Aunque he leído varios artículos acerca de este tema de la enfermedad iatrogénica y he oído muchas discusiones al respecto, hay un tema sobre el que no he visto mucho escrito, y es el de la salud iatrogénica. La salud iatrogénica es una cuestión de la máxima importancia, mucho más importante que la enfermedad iatrogénica” (Rossi y Ryan, 1986, pág. 140). Hacién-

donos eco de esta opinión, queremos introducirte en la utilización de técnicas que pueden crear un “efecto placebo” en la dirección de la solución y la curación, en vez de crearlo inadvertidamente en la dirección de los problemas y la patología.

### CO-CREAR REALIDADES

A nuestro modo de ver es un error conceptualizar el proceso de la entrevista de la misma forma en que se piensa en un médico que recoge información sobre un síntoma físico. El doctor quiere saber los hechos acerca del hueso roto. Quiere datos acerca de los sucesos que tuvieron lugar fuera de su oficina. Por lo tanto, pregunta: “¿Cómo sucedió?” “¿Cuándo te caíste?” “¿Dónde duele?” “¿Está más inflamado que antes, o menos?” Su habilidad para reunir información precisa sobre el síntoma le ayudará a hacer un diagnóstico adecuado que indicará el tratamiento correcto a seguir. La terapia es diferente. Las quejas que los clientes llevan a tratamiento no son como huesos rotos o dolores de garganta. Como terapeutas influimos mucho durante el proceso de la entrevista sobre las percepciones y la experiencia que los clientes tienen de su situación. Sobre lo que elegimos centrarnos, lo que elegimos ignorar, la forma en que formulamos nuestras preguntas, si decidimos interrumpir o permanecer en silencio, todo ello ayuda a configurar el retrato de la situación del cliente.

Por ejemplo, cuando una persona dice “no tengo ningún control sobre mi vida”, son muchas las líneas que el terapeuta podría seguir. Una de las muchas posibilidades es quedarse en silencio y permitir que el cliente elabore esta idea. Las decisiones acerca de qué pregunta(s) hacer no son nada sencillas. Se podría pedir una explicación más detallada de la percepción de estar sin control, en otras palabras, cuáles son los síntomas, desde cuándo existen, etc. Esta pregunta reifica el problema como un problema grave.

Otra pregunta podría ser: “¿Qué es lo que te produce la

impresión de que las cosas parecen difíciles de manejar?” Esta pregunta está diseñada para introducir algo de incertidumbre en la definición del problema. Una tercera posibilidad es: “¿Qué encuentras distinto en los días en que las cosas parecen manejables?” Esta pregunta implica que hay días en que el problema no existe y explora qué tienen de diferente.

Es evidente que cada una de estas tres preguntas llevarán a cliente y terapeuta a discursos completamente diferentes. Obviamente, las interacciones terapeuta-cliente pueden influir en gran medida en las percepciones del cliente.

La siguiente analogía ilustra otra manera útil de entender este proceso de moldeado de la percepción. El escenario es un tribunal. El abogado defensor interroga a su cliente. El abogado sigue una línea de preguntas que pretende elicitar cierta información “factual” acerca de su cliente. Indudablemente, los “hechos” en los que se centra el abogado presentarán a su cliente desde la mejor perspectiva posible. Espera que, al final de su testimonio, se considere al cliente inocente de los crímenes que se le imputan, ciudadano ejemplar, buen padre, marido leal y hombre de moralidad intachable.

Entra el fiscal. Aunque él también hace preguntas “factuales”, sin duda están elegidas para elicitar información perjudicial para la causa del acusado. Aparecerá una imagen completamente diferente de su carácter, que sugerirá que el jurado descarte la posibilidad de que sea inocente.

Nos consideramos “terapeutas defensores”. Las preguntas que hacemos generan información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos. A menudo las percepciones del problema cambian significativamente en el contexto de este tipo de preguntas. Participamos en la co-creación de la realidad de nuestros clientes. Los clientes que entran en nuestra oficina han penetrado sin darse cuenta en “The Twilight Zone” embarcándose en una experiencia que altera su forma de ver las cosas.

Antes de convertirnos en terapeutas centrados en las soluciones, los dos habíamos empleado diferentes modelos y enfoques

de terapia. Nos hemos dado cuenta de que no sólo se consiguen resultados diferentes con modelos y enfoques diferentes, sino que también aparecen datos distintos durante el proceso de evaluación, lo que lleva a diferentes definiciones del problema. En otras palabras, la definición de problemas en terapia es función del proceso de evaluación. El proceso de evaluación está influido por las metáforas y asunciones del terapeuta respecto a las personas y la naturaleza de los problemas, y por la teoría de solución que tenga. (Nunca hemos tenido un cliente con un conflicto edípico irresuelto o con un super-ego demasiado activo. ¡Pura suerte, suponemos!) Es un poco como el principio de incertidumbre de Heisenberg en física: la forma en que se observa altera los datos que se observan.

Todos los años, en Navidades, Bill hace galletas; es una tradición familiar. Emplea una máquina de hacer galletas. Si nunca has visto una, te la describimos. Una vez hecha la masa, se mete en un tubo con un molde al final. Se presiona la masa de forma que al pasar por el molde sale con forma de camello o, si se cambia el molde, como un árbol de Navidad o un Santa Claus. La masa es la misma, pero cambia la forma. Luego se meten las galletas al horno y se endurecen con la forma de ese molde.

Los datos brutos de la queja del cliente (o de los clientes) son como la masa de galletas de Bill. Durante la interacción terapéutica que se produce durante y después de la evaluación se modela hasta configurar un "problema presentado" más sólido. Si el o la cliente entra en la consulta de un conductista, saldrá con un problema de conducta. Si los clientes eligen el despacho de un psicoanalista, se marcharán con los conflictos irresueltos de la infancia como centro del problema. Si un cliente pide ayuda a un analista junguiano, lo más probable es que salga con un problema cuyo tratamiento eficaz exige examinar el simbolismo de sus sueños.

No es que los terapeutas asignen problemas a los clientes al azar. Los problemas se derivan de los datos brutos de las quejas de los clientes. Desde nuestro punto de vista son negociados

interpersonalmente, co-creados. Sin embargo, es sorprendente lo similares que parecerán los problemas de los clientes tratados por un terapeuta con una determinada perspectiva, y lo diferentes que serán de los de clientes que están con un terapeuta de otra escuela.

Las implicaciones de este punto son apasionantes. Si los problemas son negociables se podría también negociar un problema que fuera posible, incluso fácil, resolver. Habitualmente los clientes vienen ya con algún tipo de definición del problema, la cual no ha ayudado a que se arregle la situación. Nosotros preferimos negociar una definición del problema que esté en nuestras manos y en las del cliente resolver. Habitualmente ofrecemos definiciones nuevas del problema, más abordables, y/o buscamos en la queja del cliente una pista de algo que pueda solucionarse. Puede entenderse esto como una danza. Hay un intercambio constante durante la danza, de modo que tras un cierto tiempo es difícil decir quién está llevando y quién se deja llevar.

Cada bailarín tiene su estilo; la fusión de dos estilos es lo que constituye la danza. Nuestro estilo es bailar al ritmo de las fuerzas, las soluciones y la competencia. A menudo nuestros clientes nos siguen y empiezan a aportar su propia parte en esa danza.

### *No reifiques la realidad del cliente: todo es proceso*

Una de las contribuciones de los enfoques interaccionales a la terapia ha sido la idea de que la experiencia de las personas está muy influida por los contextos en los que viven. Los antropólogos han hecho observaciones similares. La "realidad" no es algo dado, fijo, estático. Está influida por nuestra cultura y por las interacciones que tenemos con los demás. Está influida por el lenguaje que hablamos, las palabras que usamos, y las visiones del mundo que compartimos y que están reflejadas en esas palabras. Teniendo esto presente, hacemos hincapié en que la

terapia es como una pequeña cultura o sociedad creada en la sesión. Desde nuestro punto de vista, esta cultura tendrá una gran influencia sobre los sentimientos, pensamientos, informes y percepciones de los clientes.

Observa la situación que se da cuando un niño pequeño cae y se lastima una rodilla. Con frecuencia mira alrededor, a sus padres o a otras personas, para tener un indicio de cómo tratar ese incidente. ¿Es algo por lo que preocuparse? Si ve u oye una gran preocupación o alteración en torno de sí, empezará habitualmente a llorar. Si le recogen, le limpian y le dan una palmadita en el trasero para que siga andando, normalmente seguirá sin soltar un sólo quejido. Los niños, especialmente los pequeños, buscan en el contexto indicadores que les ayuden a determinar qué sentir o pensar sobre una situación.

Nosotros vemos la situación de terapia de la misma forma. Si un terapeuta da a un cliente mensajes verbales y/o no verbales de que lo importante de ese encuentro es que el cliente experimente y exprese alguna emoción intensa, como por ejemplo llorar o tener un arrebato de cólera, es muy probable que suceda esto en el curso de la sesión. Pensamos que a menudo la gente no sabe lo que piensa de las situaciones y está muy influida por las indicaciones del contexto. Por lo tanto, en vez de buscar los verdaderos sentimientos, problemas o puntos de vista de los clientes, preferimos influir y co-crear activamente estas experiencias.

De hecho, pensamos que todos los terapeutas hacen esto, independientemente de su opinión al respecto. Así que no será ninguna sorpresa que creamos que no existe el "problema real" en terapia. No intentamos determinar alguna posición a priori que tal vez tenga el cliente respecto a su problema, como hacen algunos terapeutas (por ejemplo, los terapeutas breves del MRI), porque no creemos que esta "postura" exista como una entidad fija. No buscamos los "verdaderos" sentimientos o pensamientos del cliente ni otras entidades psíquicas/emocionales tan fijas y estáticas.

## ORIENTACIONES PARA LA NEGOCIACION

*Haz desaparecer la idea de que hay un problema*

*Terapeuta:* ¿En qué te puedo ayudar?

*Cliente (afecto apagado):* Hmm. ¿Quién sabe? Entré en una depresión masiva y pensé que tal vez necesitara hablar con alguien que no me conociera y que pudiera darme... tal vez, o quizás el mero hecho de hablar de ello me aclararía. No lo sé. Um. Mi trabajo se está volviendo asqueroso. Estoy a punto de mandar a la mierda a mi compañera de cuarto. La última semana con mi compañera de piso fue bastante mala y... nos hemos llevado bien durante mucho tiempo. Supongo que finalmente me harté. Y, ah, de modo que no sé, la última semana fue..., con trabajo, papeleo, ella, así que, no sé, creo que necesito salir de aquí, eso es lo que necesito hacer.

*Terapeuta:* ¿Salir de dónde?

*Cliente:* Wisconsin, tal vez. No sé, tal vez empezar... tal vez hacer algo diferente con mi vida.

*(20 minutos después).*

*Cliente (sonriendo):* Ya sé, suena como si en realidad no necesitara hablar con nadie ¿no? Me van bien las cosas.

¿Cómo es posible que esta cliente haya podido expresar dos percepciones tan enormemente distintas acerca de su situación vital en un período de tiempo tan corto? Los terapeutas orientados a las soluciones están familiarizados con estas inflexiones dramáticas en sus sesiones; no hay nada inhabitual o peculiar en ello. Los clientes salen frecuentemente de la primera sesión con una perspectiva completamente nueva acerca de sus vidas.

Empezamos todas las primeras sesiones con la premisa de que es posible negociar una realidad terapéutica que haga desaparecer la idea de que hay un "problema". Empleando diversas técnicas que describimos en el capítulo siguiente, somos capaces de ayudar a las personas a ver su situación de una forma nueva. A veces

nuestros clientes nos dicen al final de la primera sesión cosas como: "Supongo que las cosas no son tan malas como pensaba" o "No estoy muy seguro de por qué vine hoy aquí" o "No creo que necesite otra entrevista si simplemente sigo haciendo lo que he estado haciendo". Cuando hacemos seminarios, decimos en broma a los terapeutas que si aprenden cómo deshacer la idea de que existe un problema, no tendrán que saber cómo hacer terapia.

### *Negocia un problema resoluble*

Si durante el transcurso de la conversación inicial no conseguimos eliminar el problema, nuestra siguiente prioridad es hacer que el problema parezca más manejable y menos impermeable a una resolución de problemas creativa. Nuestro objetivo es reducir el tamaño del problema a ojos del cliente, haciéndolo parecer más manejable. La forma habitual en que hacemos esto es siendo específicos y, por supuesto, preguntando sobre las ocasiones en que el cliente no experimenta el problema.

*Un cliente pidió la ayuda de Bill por su depresión. Al principio afirmó que estaba deprimido "siempre" y que le preocupaba que eso hubiera empezado a afectar a su trabajo. Cuando las preguntas se hicieron más específicas, resultó que sólo experimentaba una depresión severa los fines de semana. Preguntar más específicamente reveló que las depresiones se producían casi siempre las tardes de los domingos. En otras ocasiones podía deprimirse un poco, pero al estar atareado con su trabajo y con sus amigos rara vez tenía tiempo de hundirse profundamente en la depresión. Con esta nueva percepción de la gravedad y duración del problema, elaborar planes alternativos para las tardes de los domingos se convirtió en un objetivo mucho más manejable.*

*Sitúa a los clientes en un marco en el que piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema*

Un objetivo igualmente importante es crear un contexto en el que nuestros clientes se sientan mejor preparados para resolver sus dificultades que cuando entraron en nuestra oficina. Hemos notado que cuando las personas tienen dificultades, a menudo olvidan que tienen recursos y capacidades. Tal vez sea debido a que se reduce el campo de percepción. A veces los clientes no establecen la conexión entre las habilidades y capacidades que poseen en un área que aparentemente no tiene ninguna relación con sus problemas, y que pueden ayudarles a resolverlos. Es tarea nuestra crear una atmósfera que facilite que se den cuenta de sus fuerzas y capacidades. El siguiente capítulo explicará cómo llevar esto a cabo.

## 4. CUIDA TU LENGUAJE

### UNA CONVERSACION PARA EL CAMBIO

Ya hemos discutido la idea de que en consultas de terapeutas diferentes se crean realidades terapéuticas distintas. Aquí examinamos una parte de esa creación de una realidad terapéutica: el lenguaje. El lenguaje ofrece la posibilidad de reificar, solidificar, ciertos puntos de vista acerca de la realidad. También se puede usar como un instrumento para cuestionar certezas inútiles. De forma que hemos aprendido a ser muy cuidadosos con el modo en que empleamos el lenguaje en terapia.

Los hipnoterapeutas ericksonianos que observan las sesiones en las que no empleamos la hipnosis formal, comentan la forma en que usamos el lenguaje para crear una expectativa de cambio, de la misma manera que ellos cuando usan la hipnosis. Estamos de acuerdo y creemos además que la utilización consciente y creativa del lenguaje es tal vez el método indirecto más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable.

Los métodos que se comentan aquí están dirigidos, más que a adaptarse al lenguaje del cliente (una estrategia que se describe más adelante y que es sobre todo una técnica de unión), a producir cambios en la percepción y en la conducta. Lo que tienen en común estos otros métodos es la utilización de presuposiciones. Las presuposiciones son formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente. Tal vez conozcas la infame pregunta ante

un tribunal: “¿Ha dejado usted de pegar a su mujer?” Si se hiciera responder al testigo con un sí o un no, se vería obligado a aceptar la presuposición de que había pegado a su mujer.

De modo similar, el terapeuta puede usar presuposiciones para introducir en la sesión de terapia ideas o expectativas de cambio. Si el terapeuta pregunta “¿Qué será diferente en tu vida cuando la terapia tenga éxito?”, no está solamente pidiendo información sino que también está introduciendo implícitamente la idea de que la terapia tendrá éxito. De manera similar, cuando se abre la sesión de terapia con la pregunta: “¿Cuál es el problema en el que puedo ayudarte?” o “¿Qué es lo que consideras un problema?”, se presupone que existe un problema, y en el caso de la primera pregunta, uno que requiere la ayuda de un experto. Por otra parte, “¿Qué te trae por aquí?” no presupone la existencia de un problema.

Igual que no se puede “no comunicar” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), ya que incluso el silencio habla a voces, es igualmente imposible hablar sin revelar las presuposiciones que tenemos sobre el mundo. Como terapeutas, damos constantemente claves a nuestros clientes, tanto sutiles como obvias, respecto a cómo les vemos y a sus perspectivas de cambio. Por tanto, pensamos que es un imperativo ser conscientes de estas comunicaciones en terapia y utilizarlas para facilitar el proceso de cambio.

#### ADAPTARSE AL LENGUAJE DEL CLIENTE

Un principio cierto y comprobado del trabajo de Milton Erickson y otros terapeutas es: *emplea inicialmente las palabras que usan los clientes como forma de unirte a ellos y establecer rapport.*

La gente selecciona determinadas palabras para reflejar sus experiencias. Las palabras elegidas poseen ciertas connotaciones para el hablante. En la medida en que, como terapeutas,

adoptamos el lenguaje de nuestros clientes, éstos habitualmente llegan a creer que entendemos, apreciamos y nos identificamos con sus experiencias subjetivas. La empatía y la cooperación se apoyan en esta creencia. A menudo los clientes se relajan ostensiblemente cuando sienten que se les comprende.

Erickson describe un caso fascinante en el que llegó hasta límites extremos para hablar el lenguaje del cliente. Sus esfuerzos tuvieron importantes implicaciones para el cambio.

*Erickson trabajaba con un hombre al que el personal del hospital llamaba George (porque nadie había sido capaz de comunicarse con él y averiguar su nombre) y que llevaba hospitalizado cinco años antes de que Erickson le tratara. Le habían encontrado deambulando y pronunciando sílabas sin sentido, hablando en "ensalada de palabras". Erickson hizo que una secretaria se sentara cerca de George, allí donde éste, diariamente, intentaba sin éxito comunicarse con quienes pasaban por ahí. Tenía que transcribir sus palabras. Cuando Erickson examinó las transcripciones, no pudo encontrar oculta en ellas ninguna comunicación con sentido, así que decidió aprender a hablar la ensalada de palabras de este hombre y utilizarla como forma de restablecer la comunicación. Erickson se presentó a George y fue inmediatamente recibido con unas cuantas frases ridículas de ensalada de palabras. Cuando Erickson respondió con la misma moneda, con unas cuantas frases amables de ensalada de palabras, el hombre se mostró inicialmente escéptico, pero pronto se animó, al encontrarse con que Erickson hablaba su lenguaje. Día tras día, continuaron sus conversaciones en ensalada de palabras, dándoles siempre el tono de tener mucho significado. Gradualmente, George empezó a intercalar unas pocas palabras reconocibles en aquella verborrea sin sentido. Erickson le preguntó cuál era su nombre. "O' Donovan", replicó el hombre. "¡Y ya era hora de que me lo preguntara alguien que supiera hablar bien!" Cada día iba aumentando la parte de sus conversaciones que se desarrollaba en un inglés reconocible,*

*hasta que George llegó a hablar rara vez con sílabas sin sentido. Fue dado de alta en el hospital y pareció adaptarse bien tras su salida (Rossi, 1980, vol. 4, págs. 213-215).*

### *Aprender el camino difícil*

Aunque la mayoría de nosotros no tenemos la persistencia (o el tiempo) que tenía Erickson al trabajar con algunos de sus clientes, hay unas cuantas cosas sencillas que se pueden hacer para sacar provecho de las lecciones de Erickson. Considera el siguiente ejemplo de cómo no unirse a los clientes:

*Hace algunos años Michele estaba tratando a una pareja en terapia marital. La mujer describió un "desacuerdo" que había tenido lugar entre ella y su marido una tarde. Se habían intercambiado voces y palabras duras antes de que el marido abandonara finalmente la habitación. Más adelante, en el transcurso de la sesión, Michele hizo referencia a ese episodio diciendo: "¿Recuerdan la pelea que tuvieron la otra noche?" La mujer la corrigió, afirmando: "No nos peleamos; tuvimos un desacuerdo". Michele argumentó que de hecho sí había sido "una pelea", recordándole a la mujer que había habido voces y que la interacción había terminado de forma abrupta. Ante esto, la mujer respondió: "En absoluto, sólo estábamos discutiendo". Antes de que Michele y su cliente se dieran cuenta, estaban discutiendo si había sido una pelea o una discusión.*

Viéndola retrospectivamente, esta historia tiene algo de cómico, pero en aquel momento tuvo serias consecuencias terapéuticas. La cliente creyó que Michele no había comprendido o apreciado su experiencia subjetiva. Se distanció en aquel momento de la entrevista; poco después de esta sesión la pareja abandonó el tratamiento. Aunque es improbable que la única causa del fracaso terapéutico fuera que Michele no había comprendido la

importancia que tiene elegir cuidadosamente las palabras, sin duda contribuyó en gran medida a la falta de empatía creada, un ingrediente importante para un resultado exitoso. Hubiera podido evitar este fracaso adoptando la etiqueta de "discusión" en vez de utilizar el término "pelea" en su interpretación de los hechos.

Hay varios aspectos de la adaptación al lenguaje del cliente que nos gustaría comentar. El primero requiere simplemente que el terapeuta imite el uso exacto que el cliente hace de las palabras o expresiones idiomáticas. Muchas veces los clientes emplean determinadas frases, para ellos favoritas, al hablar de sus dificultades. Por ejemplo, puede que se diga que un hijo o la pareja tienen un "problema de actitud". Aunque no hemos visto nunca "una actitud" y no estamos seguros de lo que se quiere decir con "un problema de actitud", usaremos el término "actitud" al investigar un poco más sus aspectos conductuales observables. Por ejemplo, preguntamos: "¿Qué cosas distintas hace Sue cuando tiene una buena actitud? ¿Cuál será la primera señal de que su actitud está mejorando?"

De modo similar, cuando un cliente informa: "Quiero mirar antes de dar el salto", podríamos resumir la sesión diciendo: "Tiene sentido ser precavido, mirar antes de dar el salto". A veces tomamos nota de expresiones clave utilizadas por los clientes para reflejar su experiencia e incorporamos estas expresiones a los mensajes que les damos más adelante.

Otra forma de reflejar o adaptarse al lenguaje del cliente consiste en usar sus metáforas. En cierta ocasión, tras haber logrado muchos cambios, un cliente dijo: "Las cosas van mucho mejor ahora, pero preveo un camino tortuoso en el futuro". A esto respondimos, más adelante: "Aunque estamos de acuerdo en que podría haber un camino tortuoso más adelante, estamos convencidos de que ahora tienes un coche con tracción en las cuatro ruedas para recorrerlo".

Saber algo acerca del trabajo o las aficiones de la gente también puede resultar muy útil a la hora de desarrollar metáforas a las que respondan favorablemente.

*En cierta ocasión Bill estaba trabajando con un hombre que quería dejar de ponerse ropa de mujer. Dijo que lo llevaba haciendo tanto tiempo que, a pesar de que quería cambiar "...no puedes enseñar trucos nuevos a un perro viejo". Más adelante, en la entrevista, mencionó casualmente que una parte de su vida que iba bien era su afición a criar razas raras de perros. Bill dijo que, puesto que el hombre era un experto en la materia, él quería saber, por curiosidad, si se podían enseñar trucos nuevos a un perro viejo. El hombre, sin dudarlo, contestó que sí. Después ya fue cosa fácil enseñarle a este perro viejo a dejar de ponerse ropa de mujer.*

*Otro ejemplo de utilización de metáforas basadas en el trabajo del cliente fue el de un hombre que era experto en el área de los ordenadores; era un analista de sistemas. Cuando el terapeuta se refería a la relación del cliente con su novia (que era la razón por la que iba a terapia), empleaba un lenguaje informático, como por ejemplo "el sistema está bloqueado", "sobrecarga del sistema", "meter basura, sacar basura", etc. El hombre se sintió comprendido y rápidamente se estableció empatía.*

*En el caso de un alcoholico de 17 años que había sido campeón de lucha libre del Estado, el terapeuta\* recurrió a la afición del cliente por la lucha libre y su espíritu competitivo para ayudarlo a "conseguir controlar su vida luchando". Debido a su abuso del alcohol, el chico había dejado recientemente de participar en su equipo de lucha libre. En primer lugar el terapeuta desafía a su cliente haciéndole la provocativa pregunta: "¿Por cuánto tiempo vas a dejar que este problema con el alcohol te pueda?" (Michael White, comunicación personal, 1987). Puesto que el luchador se jactaba de su fuerza y de su virilidad, respondió poniendo ejemplos de las ocasiones en que era capaz de vencer la tentación de beber. A partir de estos*

\*Matthew Selekmán, un ex colega de Michele.

*informes sobre el manejo eficaz de la situación, y de sus propias experiencias como antiguo luchador, el terapeuta desarrolló una intervención sumamente creativa. El cliente y su madre recibieron un ritual diario diseñado para dejar fuera de combate el problema del alcohol. Se dio al cliente la instrucción de que tomara nota de las diversas cosas que hacía todos los días para evitar ser vencido por el problema de la bebida. Al final de cada día, el cliente debía dirigirse a su madre para recibir una puntuación por su actuación (su madre asistía a la mayoría de sus competiciones de lucha, por lo que estaba familiarizada con el sistema de puntuaciones). Al cliente se le daba una prerrogativa especial por poner el problema del alcohol de espaldas contra la lona, tres puntos por casi conseguirlo, dos puntos por darle la vuelta, y un punto por una huida. Varias sesiones más tarde había dejado de beber y encontrado trabajo, y había salido a hacer lucha libre durante su último año de instituto.*

#### ADOPTAR LA MODALIDAD SENSORIAL DEL CLIENTE

Bandler y Grinder (1979) desarrollaron una técnica que implica hacer corresponder los verbos y predicados de la gente con las modalidades sensoriales que están usando. Advirtieron que algunas personas emplean palabras orientadas visualmente, por ejemplo, “veo lo que quieres decir”, o “no acabo de verlo claro”. Otras usan palabras auditivas, por ejemplo, “suena que las cosas van bastante bien”. Las palabras referidas a sensaciones constituyen una tercera categoría, por ejemplo, “a veces siento como si fuera a explotar”, o “tengo la sensación de que esto no va a funcionar”. Es como si los clientes hablaran dialectos diferentes y tuvieran dificultad para entender y ser entendidos por hablantes de otros dialectos. Bandler y Grinder sugieren que el terapeuta se ajuste a la modalidad sensorial del cliente a fin de indicar comprensión y desarrollar empatía. Por ejemplo, si el

cliente dice: "No me *veo* haciendo eso", el terapeuta podría decir, "Así que tal vez podríamos echarle un *vistazo* más de cerca".

### ENCAUZAR EL LENGUAJE DEL CLIENTE

Inicialmente utilizamos las palabras que usan los clientes y empezamos luego a encauzar los significados de esas palabras en una dirección productiva o a emplear palabras distintas. Por ejemplo, una madre que estaba viendo a Bill para que la ayudara con su hija, empezó la sesión diciendo que su hija había estado acumulando periódicos. Eso era lo que la había llevado a terapia. Cuando Bill hizo preguntas sobre la situación, también empleó inicialmente la palabra acumular, pero pronto pasó a "guardar" o "coleccionar". Al cabo de un cierto tiempo, tanto la madre como la hija empezaron a usar las palabras utilizadas por Bill para describir la situación.

Nos resulta útil encauzar el lenguaje, alejándolo de la jerga que emplea etiquetas fijas y negativas, y llevándolo hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano. A menudo, cuando las personas acuden a terapia ya han sido "terapeutizadas", es decir, se han acostumbrado a usar la jerga y los conceptos de alguna teoría de psicología o terapia. Puede que algunas de ellas las hayan tomado de un terapeuta anterior, como un cliente nuestro que en cierta ocasión dijo: "Supongo que en ese momento yo estaba actuando a nivel de mi padre crítico" (esto proviene del análisis transaccional). Algunos de ellos van siendo absorbidos por los medios de comunicación. Por ejemplo, la idea de la represión es un concepto freudiano que se ha convertido en parte cotidiana de nuestra cultura, y aunque es sólo una teoría, la mayoría de la gente de nuestra cultura la acepta como un hecho. Hace doscientos años hubiera sido una idea muy extraña, incomprensible para la mayoría.

Cuando los clientes emplean rótulos negativos, fijos, para describirse a sí mismos o a otros, traducimos estos rótulos a

descripciones de acciones. Cuando alguien dice que su marido es "narcisista", queremos saber qué dice y qué hace cuando se comporta de manera "narcisista". Nos resulta mucho más fácil manejar acciones que características fijas. Además, como se verá más adelante, el pasar de etiquetas fijas a descripciones de acciones tiene el efecto de despatologizar o normalizar las situaciones de los clientes.

A una madre que comenta que su hijo es "fóbico a la escuela" podríamos responderle: "Así que últimamente Steve no ha estado yendo a la escuela", o, "Steve ha estado creándote dificultades a la hora de ir a la escuela". A una persona que come en exceso y que afirma tener un "trastorno alimentario" podríamos decirle: "Así que a veces comes demasiado". Las descripciones de acciones describen cosas que son visibles y por tanto medibles. Es difícil reconocer una fobia decreciente o una reducción en el narcisismo, a no ser que haya un acuerdo previo acerca de las conductas que se darán en cada caso.

Una vez que nos hemos unido al cliente adoptando su lenguaje, podemos canalizar la conversación hacia descripciones menos patológicas, más normales, de la dificultad. El terapeuta puede hacer mucho por alterar la percepción que el cliente tiene del problema, modificando gradualmente el rótulo utilizado para describir la situación que constituye una dificultad. Por ejemplo, términos tales como "depresión" están de moda. Los medios de comunicación están repletos de información sobre ellos. Los clientes que se describen a sí mismos como "deprimidos" piensan que su problema es insidioso, grave y difícil, si no imposible, de resolver. En la medida en que aceptemos la etiqueta negativa del cliente, hacemos nuestra tarea terapéutica considerablemente más difícil. Tomando otra línea, en el caso de clientes "deprimidos" podemos empezar a cambiar sutilmente las percepciones al preguntar: "¿Ha notado alguien que últimamente te has sentido 'con la moral por los suelos'?" Más tarde podemos cambiar "con la moral por los suelos" por "con altibajos", lo que implica que hay

“momentos altos”, o por “desanimado”, que hace referencia a algo menos patológico y más común.

Hay muchos otros términos que empleamos habitualmente debido a los efectos normalizadores que tienen sobre las percepciones de los clientes. Con frecuencia hacemos un resumen al final de la sesión, refiriéndonos a la situación problemática del cliente como un “período transitorio”. Podríamos decir: “Para mí es obvio que has hecho ya diversas cosas para ayudarte a ti mismo a superar este período de transición”. Puesto que los períodos de transición son limitados en el tiempo, los clientes se alivian al oír esto, y les ayuda a dar forma a sus expectativas acerca del futuro. De modo similar, podríamos responder a un padre que describe a su hijo como “inmaduro” diciéndole que simplemente se desarrolla más tarde. Si los clientes al volver a consulta siguen con dificultades, pero han hecho algunas mejoras en su situación, podríamos discutir con ellos cómo “afinar” sus esfuerzos, en vez de abandonar.

La utilización cuidadosa de los tiempos verbales puede crear una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro. Por ejemplo, cuando los clientes hablan como si aún tuvieran problemas, cambiamos el tiempo verbal al reflejarles lo que han dicho. Los tiempos verbales que empleamos reflejan nuestra opinión de que el “problema” podría desaparecer en cualquier momento o que incluso podría no existir. Por ejemplo, si una cliente dice: “Todos los días me harto de comer y vomito”, probablemente le diríamos, al reflejarle lo que nos ha dicho: “De modo que durante algún tiempo has estado hartándote de comer y vomitando todos los días”. Nuestra formulación no presupone que vaya a seguir hartándose y vomitando en el futuro o que siempre se haya hartado y vomitado. La utilización de los tiempos verbales tiene un papel importante en la creación de un contexto en el que se produzca el cambio.

El siguiente extracto de un caso de Michele muestra que tener en cuenta los tiempos verbales puede abrir puertas a soluciones

que tal vez no se hubieran puesto de manifiesto antes. En este caso la cliente empieza a hablar de su problema empleando el pasado.

*Michele:* Bien, ¿qué te trae por aquí?

*Cliente:* Bueno, he estado en terapia varias veces y el síndrome premenstrual me está creando muchos problemas. Tengo pequeños ataques de depresión de vez en cuando, pero he aprendido a vivir con ello, a saberlos llevar. Hace un par de meses realmente empecé a darme cuenta de que me sentía muy infeliz en el trabajo y en casa. Realmente empecé a intentar pensar por qué estoy tan... porque amo mucho a mi marido y le respeto y le quiero. En fin, ¿qué más puedes esperar de un marido? Mi hijo de ocho años y yo tenemos algunos problemas debido a su enfermedad crónica. Le quiero... de vez en cuando (*risas*).

*Michele:* ¿Le quieres de vez en cuando?

*Cliente:* Sí.

*Michele:* ¿Y?

*Cliente:* De vez en cuando no le quiero.

*Michele:* Bueno, ¿y?

*Cliente:* Um, económicamente las cosas van bien. Tengo un BMW. Realmente no había muchas cosas en mi vida de las que pudiera quejarme, pero no sé. Y la verdad es que... Jack y yo llevamos vidas muy estresadas... bueno, supongo que a toda América le sucede. Pero estamos siempre muy ocupados. Ambos somos ejecutivos, estamos muy ocupados y muy estresados. Pero no entendía por qué... llegué a la conclusión de que estaba enfadada con los dos (su marido y su hijo) y realmente no sabía por qué. Así que tras pensarlo mucho llegué a la conclusión de que en realidad estaba resentida con Jack (su marido) porque su vida está, estaba, tan libre de estrés y yo tengo este "síndrome de la agenda", constantemente me preocupa si está todo fregado, si la ropa está limpia. No es culpa de él, Jack ayuda mucho. Era el sentirme responsable.

*Michele:* ¿Te ayuda Jack?

*Cliente (enfáticamente):* Oh sí, mucho. Yo empiezo un sinfín de cosas, pero...

*Michele:* El toma el relevo.

*Cliente:* Oh, oh sí. Cuando nos casamos le dije que él tendría que hacer la mitad que le corresponde o de lo contrario le dejaría.

(*Risas.*) Así que realmente estaba resentida con él y estaba resentida con mi hijo. Es un niño muy manipulador y puede manipularme sin que yo ni siquiera me dé cuenta. Básicamente, yo estaba resentida porque él estaba siendo más listo que yo y eso no me gustaba. Además me di cuenta de que en casa tomaba decisiones basadas en mis sentimientos de culpabilidad. Me siento responsable si Jack no es feliz o si ha pasado algo. Me siento responsable si la vida de Bill (*su hijo*) no es maravillosa y completa y me siento responsable... simplemente es que me sentía completamente responsable por las cosas hechas...

*Michele:* Permite que te interrumpa un segundo. Cuando estás hablando de todo esto, hablas en pasado. ¿Has conseguido aclararte desde entonces?

*Cliente:* Bueno, hasta cierto punto sí, y fue realmente interesante. Cuando llamé y pedí hora de consulta fue como si... Habíamos ido a terapia en otra ocasión y desencadenó algo en nosotros, realmente tuvimos que hablar. Y...

*Michele:* Y lo hicísteis.

*Cliente:* Lo estamos haciendo. No creo que hayamos terminado...

*Michele:* Nunca se termina.

*Cliente:* No, pero quiero decir, lo estamos haciendo.

*Michele:* Bien.

*Cliente:* Me he concientizado.

*Michele:* ¿Cómo conseguiste que sucediera?

*Cliente:* Simplemente diciéndome a mí misma que no voy a seguir viviendo así... De modo que hemos empezado a hablar.

*Michele:* De acuerdo. Te sientes como si estuvieras empezando a...

*Cliente:* Me siento mucho mejor hoy. Quiero decir, la noche pasada. Habíamos llegado a un punto en que los dos volvíamos tan cansados del trabajo que ya no hacíamos lo bastante el amor, lo que ya es el colmo. Entramos en algo así como un círculo vicioso. Y creo que hemos salido de él. La noche pasada hicimos el amor maravillosamente y estuvo muy bien y los dos nos sentimos mejor.

*Michele:* Estupendo. ¿Cómo conseguiste que sucediera eso?

La mayor parte del resto de la sesión se dedicó a explorar las soluciones que había emprendido antes de acudir a terapia. Luego se discutió qué necesitaba hacer para que los cambios siguieran y cómo podría hacer uno o dos pequeños cambios adicionales para hacer su situación realmente satisfactoria. Al final de la sesión dio las gracias a Michele y sugirió que tal vez llamara en algún otro momento más adelante, pero que ahora se encontraba mucho mejor.

Al revisar el video de esta sesión, resulta evidente lo fácil que hubiera sido (si el terapeuta no hubiera estado atento al lenguaje y las posibilidades de soluciones) no advertir las sutiles indicaciones lingüísticas de que el cliente ya había empezado a resolver su situación. Explorar la inadecuación de su relación con su marido y/o con su hijo es una línea que hubieran seguido algunos terapeutas. Esa elección hubiera llevado a una primera sesión muy diferente.

La mayoría de los clientes no empieza, como la cliente de Michele, a describir sus problemas en pasado. El terapeuta puede empezar a cambiar las palabras, y por tanto la forma de pensar, adoptando primero el tiempo presente que usa el cliente y pasando luego al pasado, incluso en la primera sesión. La entrevista se puede emplear para crear una distinción entre lo que sucedía antes y todo lo por venir. Por ejemplo, podemos preguntar a los clientes: “¿Cómo manejaba tu ‘yo anterior’ este tipo de situaciones?”. Esta calificación de “yo anterior” es previa a que el cliente se refiera a sí mismo de esta manera.

He aquí otro ejemplo de este cambio en el uso del tiempo verbal. Tras haber oído “Tengo dificultades para tomar decisiones...”, podríamos decir “Así que has estado teniendo dificultades para decidir respecto a...”, o, más avanzada la sesión, cuando aparece una evidencia de decisión, por insignificante que sea, “Cuando solías atascarte al tomar decisiones...”

Nuestro trabajo también se caracteriza por la frecuente utilización de la palabra “todavía”. “Aunque las cosas todavía no van estupendamente, están evolucionando ciertamente en la dirección correcta” implica que las cosas finalmente irán estupendamente. Un concepto relacionado se ejemplifica durante los seminarios de hipnosis que imparte Bill. Bill pregunta a los participantes si pueden percibir la diferencia entre las siguientes dos preguntas: “¿Has estado en trance alguna vez?” y “¿Has estado en trance antes?” La segunda implica que el trance es inminente.

Demostremos nuestra confianza en que se alcanzarán los objetivos cuando hacemos preguntas empleando términos definitivos en vez de términos de posibilidad. Las siguientes preguntas ilustran esta técnica:

“¿Qué será diferente en vuestra vida cuando los dos os llevéis mejor?”, en vez de: “¿Qué sería (o podría ser) diferente en vuestra vida si...?”

“¿Quién será el primero en notarlo cuando bebas menos?”, en vez de: “¿Quién sería el primero en notarlo si bebieras menos?”

“Cuando Johnny haya empezado a sacar mejores notas en el colegio, ¿qué tipo de cosas podréis hacer, y qué habéis dejado de hacer hace poco debido a vuestra preocupación por él?”, frente a: “Si Johnny empezara a obtener mejores notas en el colegio, ¿habría algo que a ti y a tu marido os gustaría hacer?”

Usamos intencionalmente términos de posibilidad en vez de términos definitivos para poner en duda las certezas poco útiles que mantienen los clientes. Por ejemplo, a una mujer convencida

de que su marido criticará sus mejores esfuerzos podríamos decirle: “Si tu marido no apreciara el trabajo que has hecho, ¿qué podrías hacer?”, en vez de: “¿Qué harás cuando tu marido te riña?”

A veces los clientes (e incluso los terapeutas) hablan de tal forma que cierran posibilidades y transmiten la impresión de que nada puede cambiar. Si un cliente dice: “Nunca conseguiré un empleo”, al hacer un resumen podemos contestar: “Hasta ahora no has conseguido empleo...” Esto no es lo mismo que emplear pensamiento positivo y animar. No decimos: “Por supuesto, conseguirás un empleo”, sino que hablamos de tal modo que mantenemos abiertas las posibilidades para el presente y el futuro. De forma similar, a una persona que ha relatado una historia de terapias sin éxito, le diríamos: “Así que todavía no has encontrado la ayuda que querías”.

Muchas de las presuposiciones comentadas parecen obvias al leerlas ahora, pero rara vez los clientes ponen objeciones o las cuestionan. De hecho, rara vez parecen darse cuenta conscientemente de ellas. Parece que las nuevas atribuciones “encajan”. Y, si no “encajan” bien todavía, los clientes rápidamente se adaptan a ellas (de la misma forma que el cuerpo de un cachorro crece para estar en consonancia con sus inmensas garras). La realidad terapéutica que se está creando continuamente ha hecho aceptable e incluso palpable la posibilidad de éxito.

Otra forma de crear un contexto para el cambio es introducir nuevas distinciones en el pensamiento del cliente (O’Hanlon, 1982b, 1987). Una vez que estas distinciones están introducidas es difícil olvidarlas.

*Un cliente que acudió a un terapeuta supervisado por Bill decía que su problema consistía en que era egoísta. Bill hizo que el terapeuta supervisado dijera que había “egoístas” y “egoístas”, y que quería saber a cuál de ellos se refería el cliente. El primer tipo de egoístas era el que cuidaba de sí mismo pero se*

*sentía un poco culpable porque creía que se debe cuidar a todos los demás primero. El otro tipo de egoísta era el que no tenía en cuenta las necesidades y los sentimientos de otras personas, se aprovechaba de ellas, etc. El cliente dijo que él no ignoraba las necesidades de los demás, pero que tal vez era demasiado sensible a las necesidades de otros y cuidaba de ellos en vez de cuidar de sí mismo. Entonces no le quedaban ni tiempo ni energías para él y sus necesidades. Así que tal vez el tipo de egoísta al que él se refería era el primero. El terapeuta dijo entonces que el primer tipo de egoísmo se denominaba "cuidar de uno mismo". En ese momento, el cliente decidió que quizás sólo necesitaba cuidar mejor de sí mismo, y que después de todo no le hacía falta una terapia.*

A veces el terapeuta puede ayudar a los clientes a establecer distinciones que contribuyen a cambiar el punto de vista que tienen acerca de su situación. A un cliente que habla en serio sobre el suicidio se le puede dar una charla acerca de la diferencia que existe entre *pensar* en el suicidio, algo que hace mucha gente, o *querer* suicidarse, y realmente *llevar a cabo* alguna de estas ideas o sentimientos.

*Bill tenía un cliente que sentía miedo de alejarse demasiado de su casa. Uno de sus límites era un puente que unía una ciudad con otra. Decía que tenía la sensación de que si cruzaba el puente moriría. Bill discutió con él la diferencia existente entre tener la sensación de morir y morir realmente. Esta simple distinción ayudó al cliente a enfrentarse a su miedo y cruzar el puente.*

Aquí, una vez más, empleamos el lenguaje para introducir distinciones que les serán útiles a los clientes y para eliminar distinciones que no contribuyen a las soluciones.

## 5. LA SESION COMO INTERVENCION

### LOS COMPONENTES DE LA ENTREVISTA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

Antes de empezar nuestra discusión acerca de los componentes de la entrevista centrada en las soluciones, nos gustaría recordar a nuestros lectores que cada persona y cada encuentro son algo único y, a nuestro entender, no se pueden abordar adecuadamente siguiendo de forma ciega los métodos que se encuentran en un libro. Los dos impartimos seminarios de terapia y vemos clientes, y con frecuencia tras dar un seminario maravilloso (en el que nuestro trabajo clínico da la impresión de ser brillante y claro) pensamos que es una vergüenza que nuestros clientes no hayan participado en el seminario. ¡Entonces sabrían cómo tenían que haber respondido a nuestras maravillosas intervenciones!

Peggy Papp advirtió a los terapeutas de familia que fueran conscientes del carácter interactivo de las “intervenciones brillantes” (1984, pág. 25). Ella escribe: “A veces los clientes convierten nuestras intervenciones más vulgares en experiencias trascendentales... mientras que otras veces permanecen impasibles a nuestras genialidades...”

Michele tuvo que reírse para sus adentros cuando recientemente le recordaron las limitaciones que tienen las “genialidades” que no son verdaderamente interactivas.

*Hace dos años y medio, una familia fue a su agencia para que la ayudasen con su hija adolescente. Le iba mal en la escuela y*

*no se llevaba bien con su padrastro. Michele trabajó con ellos durante varias sesiones con escaso éxito. Ahora volvían al Centro con quejas similares.*

*Puesto que en el Centro se trabaja en equipo y con cristal unidireccional, Michele decidió no ser el terapeuta principal, sino tener una segunda oportunidad con la familia como miembro del equipo tras el espejo. No todos los terapeutas tienen la suerte de tener una segunda oportunidad. Tras varias sesiones quedó claro que el equipo no estaba teniendo más éxito que el que Michele había tenido varios años atrás. Todos se sentían realmente atascados.*

*Finalmente, tras varias semanas más, Michele emergió de una esquina de la sala oscura, iluminada por una súbita inspiración. El terapeuta y el equipo la rodearon expectantes durante la intersección, esperando con ansiedad la clave que faltaba.*

*Michele soltó lenta y pausadamente una elegante reestructuración, que unía todas las complicadas piezas del rompecabezas familiar. El equipo suspiró con alivio, haciendo cumplidos tranquilizadores y lisonjeros acerca de la competencia clínica de Michele. Ya sólo quedaba que el terapeuta entregara "nuestro regalo" a la familia.*

*El terapeuta volvió a la sala de terapia y empezó a hablar. El equipo esperaba con la respiración contenida los mensajes no-verbales (asentimientos con la cabeza, miradas de súbita comprensión, sonrisas cómplices) que indicaran que "nuestro regalo" había sido aceptado por la familia. El suspenso estaba matando al equipo. Cuando el terapeuta terminó su monólogo, el padrastro dijo: "Michele Weiner-Davis nos dijo eso la última vez que estuvimos aquí. No me lo creí entonces y no me lo creo ahora". ¡Vaya! ¿Es posible que una familia permanezca impasible por dos veces ante tales "genialidades"?*

En realidad, la diferencia entre nuestras teorías y la conducta de nuestros clientes es lo que hace que cada terapia sea un nuevo desafío. Nosotros entendemos la terapia un poco como una

escalada. Tienes una idea de la meta, pero la verdadera escalada de la montaña exige usar los métodos generales de escalada adaptados a una montaña en particular. A veces tienes incluso que romper las reglas del método aceptado para alcanzar el objetivo. La montaña te "enseñará" cómo escalarla. De la misma forma, los clientes nos han enseñado cómo ayudarles a conseguir sus objetivos, y a veces nos han enseñado que lograrlos exige algo diferente a los procedimientos habituales.

Otra analogía que empleamos para describir este proceso proviene del *curling*. El *curling* es un deporte sobre hielo en el que se lanza un disco (llamado "piedra") y los jugadores barren el hielo frente a él para ayudarle a avanzar y conducirlo en la dirección deseada. Así es la terapia para nosotros. Los clientes van hacia algún sitio y nosotros estamos constantemente despejando el terreno delante de ellos para ayudarles a conducir sus pensamientos y acciones hacia las soluciones y los objetivos. Sin embargo, es solamente un proceso de canalización, y si los clientes van en una dirección y nosotros no nos damos cuenta hacia dónde van y empezamos a despejar otra zona del hielo, perderemos nuestra influencia y credibilidad ante ellos. Pensamos que es importante reconocer y validar lo que los clientes han estado pensando y sintiendo y luego, tan pronto como sea posible, ayudarles a pensar, sentir y actuar de forma más satisfactoria.

### LA EVALUACION COMO INTERVENCION

Hemos observado suficientes "curas en una sesión" como para estar completamente convencidos de que no se trata de casualidades, milagros ni magia. Al contrario, durante estas sesiones ocurre algo realmente terapéutico en la interacción entre terapeuta y cliente. Nosotros consideramos el proceso de la entrevista una intervención; es decir, mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes

en la forma de ver su situación. Estos cambios permiten a la gente salir de nuestros despachos y actuar de forma más productiva. En muchos casos, una tarea asignada al final de la sesión solamente sirve para reforzar el cambio que ya se ha producido (O'Hanlon y Wilk, 1987).

Otros terapeutas en el campo de la psicoterapia comparten una perspectiva similar sobre la entrevista. En su artículo "The Purposeful Interview", Eve Lipchik y Steve de Shazer (1986) describen varios tipos de preguntas. Algunas están diseñadas para generar información sobre el encuadre que el cliente hace actualmente de su situación. Otras son preguntas orientadas hacia el futuro, diseñadas para construir soluciones y crear la expectativa de cambio. Estas últimas, llamadas "preguntas constructivas", comparten muchas características del material que presentamos aquí. Klaus Deissler (1986), Gunther Schmidt y Bernhard Trenkle (1985), terapeutas alemanes influidos tanto por Erickson como por el modelo de Milán, han discutido la utilización de preguntas para introducir información nueva en los sistemas familiares.

Más recientemente, en un artículo llamado "Interventive Interviewing", Karl Tomm (1987) examinó el papel de lo que él denomina "preguntas reflexivas". El describe su experiencia como miembro del equipo que observa detrás del cristal unidireccional. Una sesión en concreto tuvo una gran influencia sobre su forma de pensar acerca del impacto de ciertos tipos de preguntas terapéuticas:

*Una familia compuesta por los padres y 8 hijos acudió a terapia debido a las tendencias violentas del padre a la hora de disciplinar a varios de sus hijos. En muy poco tiempo quedó claro, para terapeuta y equipo, que los padres no podían ponerse de acuerdo sobre el método educativo a seguir, y que los hijos consideraban que la madre era cariñosa y se preocupaba por ellos, mientras que veían al padre poco cariñoso y poco*

razonable. A medida que los hijos se ponían de parte de la madre, parecía crecer la tensión del padre. Queriendo romper la tensión, Tomm sugirió que el terapeuta preguntara a cada hijo: "Si le ocurriera algo a tu madre, de forma que se pusiera gravemente enferma y tuviera que ser hospitalizada por un largo período de tiempo, o incluso muriera, ¿qué pasaría con la relación entre tu padre y el resto de los hijos?"

El primer hijo expresó su temor de que las tendencias violentas del padre aumentasen. El segundo hijo dijo: "Pero podría vernos desde otro punto de vista, porque tendríamos que conseguir que nos ayudara con nuestros deberes". El resto de los hijos dibujó una imagen cálida y cariñosa de su padre. Una vez que los hijos hubieron contestado a la pregunta, el terapeuta siguió una línea diferente.

Durante la intersesión, el terapeuta y el equipo acordaron una intervención que interrumpiera el patrón de culpabilización y hostilidad. Connotaron positivamente "la conducta desapegada y tiránica del padre, como una forma de ayudar a la madre y a los hijos a unirse más y apoyarse más los unos a los otros (de momento), porque sabía lo mucho que se iban a echar de menos cuando los hijos dejaran el hogar paterno". Al oír esta opinión, los hijos protestaron inmediatamente, diciendo que su padre no era poco cariñoso ni tiránico. Insistieron en que era muy afectuoso y que les resultaba de mucha ayuda (pág. 168).

La conclusión obvia que Tomm extrajo de esta experiencia es que la pregunta hecha a los hijos acerca de los posibles efectos de la ausencia de la madre les había ofrecido una manera nueva y diferente de ver a su padre y su relación con ellos. En efecto, la pregunta había sido una intervención. Esto llevó a Tomm a reflexionar sobre otras preguntas que utilizaba y que parecían tener un efecto "curativo" similar.

## PREGUNTAS PRESUPOSICIONALES

Preguntas presuposicionales es el nombre que hemos dado al tipo de preguntas que hacemos durante la sesión y que están diseñadas para funcionar como “intervenciones”. Con ello queremos decir que a través de las preguntas que elegimos hacer y de nuestro uso cuidadoso del lenguaje de las soluciones intentamos influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndonos a las soluciones. Reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas.

Tal y como hemos mencionado anteriormente, no existe una respuesta a la pregunta “¿Ha dejado de pegar a su mujer?” que no resulte incriminadora. Las preguntas presuposicionales tienen un efecto similar, pero opuesto; encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y les enriquecen. Al contestar a estas preguntas, los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable. Como dato interesante, hemos advertido que a veces las preguntas son tan poderosas en sí mismas, gracias a las distinciones que establecen durante la sesión, que no se exige una respuesta para que sean efectivas. Ofreceremos ejemplos más adelante.

Durante la sesión hay momentos en que no hacemos preguntas presuposicionales. Por ejemplo, hacemos afirmaciones (“Eso parece diferente de la forma en que manejaste este asunto la semana pasada”) y preguntas neutrales para obtener información (“¿Te viene bien el próximo jueves?”). Sin embargo, nuestro objetivo es usar esta forma de influencia sutil, pero efectiva, tan a menudo como sea posible.

Una regla básica a la hora de construir preguntas presuposicionales es mantenerlas abiertas, evitando preguntas a las que se pueda contestar con un “sí” o un “no”. En vez de “¿Pasó alguna cosa positiva?”, pregunta: “¿Qué cosas positivas sucedieron?” Esta última pregunta implica que el terapeuta está seguro de que sucedieron cosas positivas. En vez de “¿Has hecho alguna vez alguna cosa que funcionara?”, pregunta: “¿Qué cosas has hecho

en el pasado que hayan funcionado?" De nuevo, esta última sugiere que, inevitablemente, ha habido soluciones en el pasado coronadas por el éxito.

Por ejemplo, después de que una madre relatara durante 15 minutos anécdotas sobre la mala conducta de su hijo adolescente, una terapeuta preguntó: "¿Has hecho algo para ponerle límites?" Ante esto, la madre simplemente dijo: "No". Formular la pregunta en forma de "sí" o "no" tiene el inconveniente de que indica a la madre que no emprender ninguna acción en respuesta al mal comportamiento es algo que estaba dentro del ámbito de lo posible. No presupone que la madre esté implicada activamente en conductas orientadas a las soluciones. Si, por otra parte, la terapeuta hubiera preguntado: "¿Qué hiciste para hacerle saber que su conducta era inaceptable?", hubiera indicado con certeza que había tenido lugar alguna forma de fijación de límites. Cuando los terapeutas no emplean este principio y hacen preguntas de "sí" o "no", los clientes a menudo optan por dar simples respuestas de "sí" o "no". Hacer una pregunta abierta casi siempre proporciona una respuesta más completa y útil.

Aunque usamos preguntas presuposicionales tanto como nos es posible, las preguntas específicas que elegimos dependen de nuestro objetivo en cada momento de la sesión. Hay un patrón de ordenación de estas preguntas. La sección siguiente ofrecerá ejemplos de cómo y cuándo utilizarlas a fin de descubrir las soluciones.

## LA PRIMERA SESION

...La mayoría de nuestros éxitos terapéuticos se pueden atribuir a las fases iniciales de la psicoterapia... Como en el ajedrez, el juego se gana o se pierde en la apertura.

RICHARD RABKIN, *Strategic Psychotherapy*, pág. 11

*Unión*

Cuando saludamos a nuestros clientes solemos pasar los primeros minutos charlando sobre cualquier cosa distinta de lo que podría considerarse la razón por la que están en nuestro despacho. Preguntamos en qué trabajan, si les gusta su trabajo, si van a la escuela, si trabajan fuera de casa, hablamos del tiempo o de los cuadros de las paredes. Nuestro objetivo durante este período de unión es mostrar un interés genuino por ellos y ayudarles a que se sientan cómodos. Utilizamos muchas de las técnicas de unión descritas en el capítulo 4, evitando la confrontación y los temas de conversación en los que es probable el desacuerdo. La cantidad de tiempo dedicada a esta fase de la terapia depende de la rapidez con que los clientes parezcan "soltarse".

*Una breve descripción del problema*

Habitualmente la pregunta siguiente es: "Bien, ¿qué te trae por aquí?" Tras una muy breve exposición del problema, hacemos una serie de preguntas diseñadas para extraer información sobre las excepciones al problema: las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, y las fuerzas y recursos de la persona.

### *Excepciones al problema*

Hemos observado que, independientemente de la magnitud o la cronicidad de los problemas que sufren las personas, hay situaciones u ocasiones en las que, por alguna razón, el problema simplemente no ocurre. Los niños que mojan la cama tienen noches secas, las parejas conflictivas tienen días pacíficos, los adolescentes a veces obedecen las normas sin discutir, etc. La mayoría de las personas, incluyendo a los terapeutas, considera que estos períodos libres de problemas están desconectados de los momentos problemáticos, no están relacionados con ellos, y por tanto es poco lo que se hace para entenderlos mejor o ampliarlos. Como ya hemos señalado, las excepciones a los problemas ofrecen una tremenda cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. Se pueden desenterrar las soluciones examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no. Con frecuencia los clientes simplemente necesitan hacer más de lo que ya les está dando resultado, hasta que el problema deje de existir.

La idea es muy simple. Si las personas quieren experimentar más éxitos, más felicidad y menos estrés en su vida, ayúdales a evaluar lo que es diferente en aquellos momentos en que ya disfrutaban del éxito, son felices y están libres de estrés. Ahí está la solución: dedicarse más a aquellas actividades de las que hay constancia de que han conseguido (aunque sea por cortos períodos de tiempo) el objetivo deseado.

Al principio sucede algo muy interesante cuando preguntamos a los clientes acerca de las excepciones. A menudo se quedan momentáneamente callados y parecen absortos en sus pensamientos. La razón de este silencio es que las personas generalmente perciben los eventos de su vida o blancos o negros: "Tú nunca haces planes para nosotros. Siempre los hago yo", o "Siempre moja la cama". Aunque es improbable que sólo uno de los miembros de la pareja sea "siempre" el que haga planes, y es imposible que una persona moje "siempre" la cama, ésta es, sin

embargo, la forma en que la gente lo percibe. Así, cuando preguntamos: “¿Qué es diferente en las ocasiones en que tu marido hace planes para ti?”, o “¿En qué son distintas las noches en las que la cama queda seca?”, estamos pidiendo a la gente que nos hable de experiencias a las que en realidad no han prestado mucha atención hasta entonces. Lo único que han advertido hasta ese momento son la falta de relaciones sociales, los sentimientos heridos, la cama mojada, las sábanas que lavar, y la frustración. No advierten o no dan importancia al día en que un cónyuge propone al otro almorzar fuera, o a esa mañana de la semana pasada cuando la cama estaba totalmente seca.

Otra razón por la que a veces los clientes parecen poco preparados cuando hacemos la pregunta presuposicional referente a las excepciones, es que no esperan que en terapia se comenten las cosas que van bien. La terapia es para hablar de problemas. Al fin y al cabo, ninguno de los terapeutas que aparecen en televisión o en el cine pregunta jamás por lo que va bien. Al preguntar sobre las excepciones, no sólo estamos intentando redirigir la atención de las personas hacia lo que ya funciona, sino también orientándoles respecto a lo que nosotros pensamos que es importante saber y sobre qué es importante hablar en terapia.

Michele ha observado otro fenómeno importante relacionado con las excepciones y con los recursos de resolución de problemas de los clientes. Con frecuencia, durante la primera sesión, los clientes hablan de los cambios que han hecho entre la llamada para pedir consulta y la primera entrevista. Como sucede con otras excepciones, los clientes dan habitualmente poca importancia a estos cambios, puesto que los consideran casualidades. Sin embargo, si los clientes son capaces de reconocer que ya han empezado a resolver sus dificultades antes del tratamiento, entonces los objetivos de la terapia pueden simplificarse mucho. Puesto que los clientes han empezado a hacer rodar la pelota, los terapeutas sólo necesitan conseguir que siga rodando, una tarea considerablemente más fácil.

En un cuestionario informal diseñado para encuestar a los

clientes que acudían al tratamiento en el McHenry County (Illinois) Youth Service Bureau, se hacían las siguientes preguntas:

1. Muchas veces entre la llamada para pedir consulta y la primera sesión las personas notan que las cosas ya parecen diferentes. ¿Qué has observado en tu situación?
2. (Si se han notado cambios) ¿Están estos cambios en el área del problema?
3. (Si se han notado cambios) ¿Es éste el tipo de cambios que te gustaría que siguieran ocurriendo?

De los clientes encuestados, dos tercios indicaron que se habían producido cambios antes del primer contacto terapéutico. Todos los clientes contestaron afirmativamente a las preguntas 2 y 3. En el tercio restante de clientes, que inicialmente no señalaron cambios pretratamiento, era bastante común que recordaran estos cambios más avanzada la sesión (Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987).

Discutiendo la idea del cambio pretratamiento en seminarios o con otros colegas, hemos podido confirmar que este fenómeno es muy común. Fue muy emocionante leer un estudio de un caso clínico en un boletín internacional, el *Dulwich Centre Newsletter*, que se publica en Australia, y que comienza: “¿Has notado alguna vez cuántas personas están ya superando su problema en el momento en que consultan contigo? ¿Y has notado que la mayoría de estas personas que ya tienen éxito aplicando la solución que ellos mismos han encontrado, nunca se habían dado cuenta de lo bien que lo estaban haciendo?” (Birch y Piglet, 1986, pág. 10).

Además del cambio pretratamiento, hay otros muchos ejemplos de excepciones al patrón problema por los que se puede preguntar. La siguiente serie de preguntas presuposicionales ilustra de forma más completa cómo recabar información sobre excepciones.

1. ¿QUÉ ES DIFERENTE EN LAS OCASIONES EN QUE \_\_\_\_\_ (OS LLEVÁIS BIEN, LA CAMA ESTÁ SECA, ÉL VA AL COLEGIO, ETC.)?

Aquí se exploran todas y cada una de las diferencias existentes entre los momentos problemáticos y los no problemáticos. Algunos clientes parecen incapaces al principio de pensar en alguna excepción, pero a poco que se persevere, la mayoría puede describir finalmente algunas variables que caracterizan lo que sucede cuando no hay problema. Aquí la clave está en asumir una postura que indique que tú como terapeuta estarías muy sorprendido si no hubiera excepciones. Si los clientes siguen desconcertados, podríamos sugerirles, para que la bola siga en juego, ciertas posibilidades que pudieran explicar por qué las cosas van bien.

De nuevo, fíjate que no preguntamos: “¿Ha habido momentos en los que \_\_\_\_\_?”, porque esta formulación no conseguiría el objetivo de demostrar nuestra certeza de que sí pasan cosas buenas. Además, el objetivo se formula siempre en términos positivos. “Cuando os lleváis bien” frente a “cuando no estáis peleando”. Queremos que la gente piense en llevarse bien, no en pelear. No pelearse sigue suscitando imágenes de pelea (del mismo modo, por ejemplo, que cuando a alguien se le dice “No te imagines una flor violeta”, inmediatamente se suscita la imagen de una flor violeta).

Nuestros alumnos nos han preguntado: “¿Cuándo es demasiado pronto, en la sesión, para preguntar por las excepciones?” Nuestra respuesta es que nunca es demasiado pronto; habitualmente preguntamos por las excepciones en los primeros minutos de la entrevista. Es importante, sin embargo, asegurarse de que los clientes se sientan comprendidos y validados. Algunos clientes necesitan estar algo más de tiempo que otros explicando su situación antes de cambiar de tema.

Cuando los clientes insisten en que nunca hay momentos en los que no se produce el problema, busca las excepciones en forma similar pero relacionada, encontrando lo mejor dentro de lo malo. Pregunta, por ejemplo: “¿Cuándo es menos grave, frecuente,

intenso, o de menor duración”, o “¿Cuándo es diferente en cualquier sentido?” Puedes sugerir ideas absurdas para demostrar que hay excepciones, preguntando cosas como: “¿Sucede cuando estás durmiendo?” La mayor parte de la gente dice: “Bueno, no, por supuesto que no”. Tenemos entonces una base más firme al preguntar sobre otros momentos no problemáticos.

## 2. ¿CÓMO CONSEGUISTE QUE SUCEDIERA?

Una vez que el cliente ha descrito una excepción, por pequeña que sea, preguntamos: “¿Cómo conseguiste que sucediera?” Al nivel más simple esta pregunta reúne información sobre lo que ha hecho el cliente para superar el problema. Verbalizarlo aporta claridad tanto para nosotros como para nuestros clientes. Una vez que éstos identifican cómo consiguen que sucedan cosas positivas, sabrán lo que hace falta para seguir en esta línea.

A un nivel más sutil, estamos animando al cliente a atribuirse el mérito por lo que está dando buenos resultados, sea lo que sea. Puesto que normalmente los clientes no se atribuyen ningún mérito, esta pregunta presuposicional funciona a menudo como una intervención. Incluso si al principio el cliente aparentemente rechaza la atribución y dice: “No hice nada, él simplemente estaba dispuesto a cambiar”, nosotros podríamos sugerir: “Debes haber hecho algo para estimular su buena disposición, ¿qué podría haber sido?”

## 3. ¿DE QUÉ MANERA EL QUE \_\_\_\_\_ (OCURRE LA EXCEPCIÓN) HACE QUE LAS COSAS VAYAN DE OTRA FORMA?

Esta pregunta sugiere que hay una conexión entre las cosas positivas que suceden en un área de la vida de una persona y las que suceden en otras áreas. Aunque por lo general se reconoce que un mal día en el trabajo puede llevar a que mi mamá llegue

a casa y se pelee con papá, y entonces éste grite a su hijo, que a su vez le da una patada al perro, que entonces gruñe al gato, etc., la gente a veces no ve la conexión entre un buen día en el trabajo y un mayor placer en las relaciones con los seres queridos. Esta pregunta ofrece a las personas la oportunidad de rastrear el impacto positivo que una pequeña (o gran) excepción puede tener en sus vidas.

Observa, de nuevo, que la pregunta no es: “¿Son diferentes las cosas cuando...?” Más bien al contrario, demostramos nuestra confianza en que suceden más cosas positivas cuando preguntamos: “¿De qué manera \_\_\_\_\_ hace que las cosas vayan de otra forma?”

Si hay más de una persona presente se podría plantear esta pregunta a cada una de ellas. Puede ser muy útil para los miembros de la familia oír cómo una sola acción positiva por parte de un individuo afecta a la vida de los demás. Esto puede ser muy reforzante y servir para ampliar lo que resulta beneficioso.

4. ¿QUIÉN MÁS ADVIRTIÓ QUE \_\_\_\_\_ (PERDISTE CINCO KILOS, ÉL HIZO SUS DEBERES, OS LLEVASTEIS BIEN EL ÚLTIMO FIN DE SEMANA)? ¿CÓMO PUEDES SABER QUE SE DIO CUENTA, QUÉ HIZO O DIJO?

Esta pregunta tiene un impacto similar al de la anterior. Además, si hay más de una persona en la sesión, reciben información acerca de cuáles de sus conductas resultan agradables. Esto tiene obvias consecuencias útiles para influir sobre su conducta futura.

5. ¿CÓMO CONSEGUISTE QUE DEJARA DE \_\_\_\_\_ (TENER RABIETAS, INCORDIAR)? ¿CÓMO CONSEGUISTE QUE TERMINARA LA PELEA?

Esta pregunta, hecha cuando los clientes hablan sobre el patrón problema, no es tan sencilla como parece, por cuanto a menudo

requiere reflexionar antes de responder. La atención de los clientes está centrada en la pelea, no en las causas del acuerdo o la tranquilidad subsiguiente. Todo el mundo sabe explicar cómo empiezan las peleas. Evidentemente, si has tenido alguna vez una relación con alguien, sabes que las peleas empiezan debido a algo que hizo la otra persona. "¡Tú empezaste!" es el habitual grito de guerra doméstica. Explicar cómo terminan las peleas es una historia completamente diferente. Generalmente es una empresa mucho más difícil; más difícil, pero más importante. Por un lado, los clientes no se atribuyen (o no dan) el mérito de terminar las peleas o las rabietas. Se percibe que estas perturbaciones tienen vida propia y mueren por causas naturales, cuando les llega el momento. Al reflexionar sobre esta pregunta presuposicional, "¿Cómo consigues que terminen vuestras peleas?" los clientes empiezan a ver una conexión entre algo que hacen, y pueden hacer, y el cese de un evento desagradable.

Por ejemplo, cuando un padre se queja de las rabietas de un niño, la pregunta del terapeuta podría ser: "¿Cómo consigues que terminen las rabietas?" Una contestación habitual es: "Finalmente, cuando estoy totalmente exasperado, me rindo y simplemente le ignoro. Poco después él se calla". Habitualmente las personas no consideran que ignorar a alguien sea una solución, sino una capitulación frustrante y poco sana. Podría alterarse este punto de vista preguntando: "¿Cómo te diste cuenta de que, para resolver tu problema y poner fin a las rabietas, tenías que ignorarle? Eso es muy inteligente". Incluso si el cliente niega haber llegado a la solución de forma intencionada y lógica, le hemos atribuido el mérito de haberlo hecho. Además, la pregunta sirve como una sugerencia clara acerca de una futura forma de actuar para reducir las rabietas.

6. ¿DE QUÉ MANERA ES ESTO DIFERENTE DE LA FORMA EN QUE LO HUBIERAS MANEJADO HACE \_\_\_\_\_ (UNA SEMANA, UN MES, ETC.)?

Esta pregunta, hecha siempre que los clientes informan de algo que parece ser nuevo o diferente, es un instrumento terapéutico muy importante, puesto que, como hemos mencionado, a menudo los clientes no reconocen su propio avance hacia la solución. Es bastante común que los clientes digan: “Bien, supongo que es diferente. Supongo que manejé mejor la situación esta semana que la pasada porque no estuve tan blando como antes”. En muchos casos, si no se hubiera hecho la pregunta, la “conducta nueva” hubiera pasado desapercibida y por lo tanto hubiera seguido siendo una diferencia que no supone una diferencia.

Creemos que no siempre la “conducta nueva” es realmente “nueva”; más bien, en respuesta a esta pregunta, se observa y califica como “diferente” por primera vez y, por tanto, es ahora una diferencia que marca una diferencia. Desde el punto de vista clínico, establecer esta distinción es un paso inapreciable en la construcción de soluciones, ya que es más probable que las conductas que favorecen las soluciones sean advertidas por los clientes. En el transcurso de la terapia, habiéndoseles hecho esta pregunta varias veces, los clientes se nos adelantan y nos cuentan cómo están manejando sus dificultades actuales de manera más eficaz que en el pasado.

Es importante subrayar aquí que cuando decimos que reforzamos “cualquier cosa positiva”, queremos decir eso, *cualquier cosa*. No tiene que ser una excepción al patrón problema, ni tiene siquiera que parecer relacionado con el problema. En este sentido, a veces la conexión con la solución no es tan evidente. Se almacena la información para usarla más tarde, cuando la conexión se haga más obvia. Básicamente, el objetivo es localizar y fomentar las tendencias saludables. El siguiente ejemplo clínico ilustra esta técnica:

*Un día Michele estaba supervisando a otro miembro de su equipo, revisando un video de su trabajo. Sus clientes eran una madre y su hija de 15 años. El problema presentado era que la chica tenía grandes dificultades para levantarse por las mañanas*

*para ir al colegio y, como consecuencia de ello, faltaba a clase con frecuencia. El colegio estaba presionando a la madre para que forzara a su hija a ir a la escuela. El punto de vista de la madre era que nada de lo que había hecho con su hija había funcionado nunca; era impotente. Por mucho que se esforzara, su hija sólo hacía lo que le apetecía.*

*Para apoyar aun más su postura, más avanzada la entrevista citó otros ejemplos de las tendencias rebeldes de su hija: dijo que la chica no quería venir a terapia por nada del mundo. El terapeuta siguió discutiendo los detalles del problema de levantarse. Michele le preguntó si había pensado preguntar a la madre: "¿Cómo diablos consiguió traerla aquí, si ella no quería venir y suele hacer lo que le apetece?" El terapeuta dijo que se le había pasado por la cabeza, pero como no podía ver de qué forma se relacionaba con el problema de levantarse de la cama e ir a clase, había rechazado la idea de preguntarlo.*

Pese a que este terapeuta había investigado eficazmente las excepciones al patrón problema, tanto en las ocasiones en que la madre conseguía que la chica se levantara y se pusiera en movimiento como en las ocasiones en que la chica se levantaba por sí sola y salía, tenía dudas respecto a cómo el que la madre se hubiera hecho cargo de llevar a la chica a la consulta podría ser una cuestión de la misma importancia. Centrarse en las habilidades parentales de la madre en general tal vez hubiera introducido algunas dudas sobre su autoconcepto de "impotencia". Se podría entonces haber transferido su capacidad de hacerse cargo de la situación de por las mañanas.

A veces, las tendencias saludables que identifican los terapeutas centrados en las soluciones tienen conexiones menos obvias con el problema presentado. De hecho, desde un punto de vista superficial a menudo parecen categorías de conductas claramente separadas. Sin embargo, como hemos mencionado más arriba, hemos comprobado que cualquier cosa que estén haciendo los clientes que sea positiva para ellos merece atención.

7. ¿QUÉ HACES PARA DIVERTIRTE? ¿CUÁLES SON TUS AFICIONES O INTERESES?

Con frecuencia buscamos en otros contextos de la vida del cliente las capacidades y el “saber cómo hacer” que se necesita para resolver su problema. Tal vez el cliente tenga alguna afición u ocupación en la que se destaque.

*Una mujer que vino a ver a Bill estaba molesta con su marido y con la forma en la que él se portaba con ella. Atribuía los problemas de su relación a los cambios de humor de él y se sentía incapaz de hacer nada que cambiase la situación. Resultó que era una buena domadora de caballos, a cuya experiencia acudía la gente a menudo para domar caballos “indomables”. Bill le preguntó cuál era su secreto para domar caballos “indomables”. Ella se animó considerablemente y pasó a darle una brillante explicación de los principios de la doma. Bill tomó apuntes, ya que enseguida vio que no sólo podía ella emplear sus conocimientos de caballos en su matrimonio, sino que él podía usar también esos mismos principios en psicoterapia con buen resultado. Estos son los principios que ella enunció:*

- 1. Sé consistente.*
- 2. Recompensa los pequeños cambios y progresos.*
- 3. Cede el control en pequeñas cosas para mantener el control global (por ejemplo, soltar una de las riendas si el caballo se te enfrenta).*
- 4. No te desanimes. No te quedes atascado haciendo cosas ineficaces (por ejemplo, enfadándote). Si te quedas atascado, interrumpe la sesión y vuelve a empezar de nuevo en otro momento.*

*Bill le dijo que debía actuar como si su marido fuera un caballo, pero no decírselo, porque él podía tomárselo mal. Se*

*marchó con renovado entusiasmo e ideas sobre cómo hacer cambios en su matrimonio.*

8. ¿HAS TENIDO ALGUNA VEZ ESTA DIFICULTAD ANTERIORMENTE? (EN CASO AFIRMATIVO) ¿CÓMO LA RESOLVISTE ENTONCES? ¿QUÉ TENDRÍAS QUE HACER PARA CONSEGUIR QUE ESO VOLVIERA A SUCEDER?

Con esta pregunta estamos investigando sobre soluciones pasadas para la dificultad presente, ya que a veces lo único que el cliente necesita hacer es volver a aplicar una solución conocida. La gente cree, erróneamente, que si eliminaron un problema durante un cierto período de tiempo aplicando una determinada solución, y finalmente reapareció el mismo problema u otro similar, entonces la solución original es ineficaz. No estamos de acuerdo.

Por el contrario, lo que hemos observado es que, una vez que la solución funciona, las personas tienden a relajarse y a volver a sus formas anteriores y menos eficaces de manejar la situación. O empiezan a estar muy ocupadas y olvidan la antigua solución que habían empleado con éxito. El resultado es que se encuentran con que el problema reaparece. Cuando esto sucede, solamente necesitan recordar lo que funcionó en su día y repetirlo. Por ejemplo, la mayoría de los terapeutas han oído decir a los padres: "Cuando soy constante y me mantengo firme, él obedece las normas. En cuanto bajo la guardia se me vuelve a subir a las barbas". ¿Llegarías entonces a la conclusión de que la constancia no es un enfoque válido? Por supuesto que no; probablemente sugerirías simplemente restablecer un programa de constancia.

Michele ha aprendido esta lección de primera mano con su hija de siete años, Danielle. A lo largo de los años Michele ha empleado un método que funciona estupendamente para conseguir que Danielle ayude en casa, tanto si se trata de vestirse para ir a la escuela, como de aceptar un "no", hacer faenas domésticas, o cualquier otra cosa. Juntas elaboran una lista que describe las

cosas que hay que hacer, junto a una caja en la que se coloca una ficha o una estrella si se la ha merecido. La "buena conducta" es merecedora de una ficha o una estrella. Por alguna razón, a Danielle siempre le ha encantado este plan y siempre ha funcionado.

De vez en cuando, Danielle, como la mayoría de los niños de siete años, vuelve a portarse mal. El único problema es que, antes de acordarse de volver a la vieja rutina de la lista, Michele suele intentar muchas cosas ineficaces: amenazar, gritar y chillar, recurrir al *time-out*, etc. Finalmente, a veces días o meses más tarde se acuerda de hacer lo que una vez funcionó y como era de prever, Danielle responde positivamente (¡Doctor, cúrese usted mismo!). La clave está en pillarse a uno mismo en plena oposición, intentando hacer las cosas por las malas, y recordar entonces la forma de volver a la calma, y llevarla a cabo.

Una vez que los clientes identifican soluciones del pasado, preguntamos: "¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso sucediera de nuevo?" A cierto nivel, estamos preguntando si la situación ha cambiado de tal forma que habría obstáculos para volver a aplicar la solución. En ese caso, ¿cómo se podrían superar? Si no los hay, se sugiere indirectamente que hagan eso precisamente, volver a aplicar la solución previa.

### *Normalizar y despatologizar*

Si se nos obligara a especular acerca de las causas de muchas dificultades que llevan a la gente a terapia, diríamos que estas dificultades han surgido a partir de algunos eventos casuales que simplemente se mantuvieron el tiempo suficiente como para llegar a ser considerados un problema. Tendemos a verlas, no como manifestaciones patológicas, sino como dificultades ordinarias de la vida.

Una de las directrices generales que nos guían durante la sesión es considerar la situación del cliente o de la familia como algo

normal y cotidiano en vez de algo psicológico o patológico. Esta “normalización” de la conducta y de las experiencias puede hacerse de forma directa diciendo cosas como: “Bueno, eso es muy comprensible”, y poniendo luego la situación que hayan presentado como psicológica o patológica en un marco de referencia cotidiano. Tendemos a ofrecer explicaciones de sentido común en cualquier oportunidad y muchas de las cosas que los clientes presentan como importantes se minimizan como “no dignas de mención”.

Este método es bien conocido por los médicos generalistas, que a menudo tranquilizan menos a sus pacientes por lo que dicen que por lo que no parecen considerar ni siquiera digno de ser comentado. Cuando te quejas a tu médico de dolores de cabeza, suele ser tranquilizador que no mencione tumores cerebrales o *scanners*.

Cuando los terapeutas normalizan las dificultades que los clientes traen a terapia, los clientes parecen aliviados. Imagínate el efecto tranquilizador que produce el que el “experto” parezca imperturbable ante tu descripción del problema. Esta actitud influye sobre los clientes, llevándoles a pensar que tal vez las cosas no son tan malas como parecían. Este es un terreno en el que tal vez lo mejor sea comunicar indirectamente, por lo que no se dice, por lo que uno oye imperturbable. La forma más común en que normalizamos durante la sesión es decir cosas como: “Naturalmente”, “Por supuesto”, “Bienvenido al club”, “¿Y?” y “Eso me resulta familiar”, cuando las personas describen cosas que consideran inhabituales o patológicas. Por ejemplo:

*Cliente:* Así que cuando le eché la bronca se quedó en casa, quejándose.

*Terapeuta:* Naturalmente. ¿Pero se quedó en casa?

*Cliente:* Sí.

*Terapeuta:* Bien (*entonces el terapeuta cambia de tema*).

O como en este extracto:

*Cliente:* Tengo algunos problemas con mi hijo de 8 años debido a su enfermedad crónica. Le quiero... de vez en cuando (*risas*).

*Michele:* ¿Le quieres de vez en cuando?

*Cliente:* Sí.

*Terapeuta:* ¿Y?

*Cliente:* De vez en cuando no le quiero.

*Michele:* ¿Y?

Observando a terapeutas que no van dando este *feedback* normalizador, hemos notado que los clientes asumen que realmente tienen un problema. Puesto que el silencio por parte del terapeuta puede ayudar a reificar el problema, es importante reestructurar activamente la situación como normal.

Sin embargo, existen modos más indirectos de normalizar. Podemos contar anécdotas de nuestra propia experiencia o de la de nuestros amigos. Son especialmente útiles las historias mediante las que podemos dar a entender: "Sí, yo también". A los padres que describen a su hijo como "inmaduro" se les puede contar una historia acerca de cómo la terapeuta, de niña, parecía inmadura, pero en realidad simplemente tardaba en desarrollarse y al final resultó ser más madura y tener más éxito que algunos de sus compañeros más "maduros" y precoces.

*Bill empleó con eficacia el método normalizador del "Sí, yo también" con un hombre que inicialmente pidió ayuda para reducir su alta presión sanguínea. También mencionó casualmente en los primeros minutos que quizás la alta presión sanguínea estaba causando la impotencia que sufría últimamente. Tras varias sesiones, su tensión estaba más baja y él estaba convencido de que seguiría así. Bill le preguntó si había alguna otra cosa que le preocupara. Entonces él comentó su preocupación por su impotencia, un tema que le había resultado demasiado embarazoso como para hacer hincapié sobre él de entrada, pero que en realidad le preocupaba más que la tensión alta. Bill habló con*

*él sobre la posibilidad de emplear la hipnosis para esto y/o participar en terapia con su mujer.*

*Durante esta conversación, Bill mencionó que esto era algo habitual en los hombres. De hecho, Bill había sido a veces impotente y se había dado cuenta de que cuanto más se preocupaba por ello, peor era. Finalmente llegó a saber lo suficiente para sencillamente relajarse y dedicarse a disfrutar, en vez de esforzarse por tener una erección. No había tenido el problema desde entonces.*

*Cuando el hombre volvió a la sesión siguiente dijo que ya no era necesaria la hipnosis porque ya no tenía el problema de impotencia. Cuando se le preguntó qué había motivado el cambio, dijo que oír que Bill había tenido el mismo problema le había hecho pensar que no era, en realidad, irreversible y que él no era tan raro como creía ser. Cuando Bill se encontró casualmente con este hombre y su mujer varias semanas más tarde, ella se sonrojó y agradeció a Bill la ayuda que había prestado a su marido, dejando a Bill la impresión de que las cosas habían seguido por buen camino.*

Otra forma de normalizar es interrumpir la descripción que el cliente hace de una situación y proceder a terminar la historia con algunos detalles sacados de nuestro trabajo con otras personas y de nuestra propia experiencia en situaciones similares. Anticipar lo que el cliente se dispone a describir (por ejemplo: "No me lo digas, cuanto más intentas quitártelo de la cabeza, más difícil resulta no pensar en ello") puede, de nuevo, normalizar implícitamente el tema de ese relato.

Una forma de adelantarse a la descripción del cliente es a través de las preguntas de elección múltiple que hacemos, lo que muestra claramente que ese tipo de patrón nos resulta familiar. Puede ser una intervención muy poderosa y tranquilizadora preguntar a los padres de un niño con rabieta: "¿Alguna vez hace esto?" y seguir luego con una buena descripción de la conducta de ese niño. Si, por ejemplo, los padres cuentan, sombríos, que

cuando se enfada su hijo dice: "Quiero ser desgraciado", o "¡Quisiera estar muerto!", solemos preguntar: "¿Y habéis oído ya alguno de éstos?": "Os odio", "Ojalá no fuerais mis padres",... etc., recorriendo toda la lista de las cosas que los niños dicen cuando se enfadan. Cuando identificamos correctamente una tras otra, cambia el contexto: los padres y nosotros podemos sonreír, o incluso reírnos, con complicidad. Con frecuencia los padres añaden otras cosas a la lista. Tal vez esto tenga también el efecto de inmunizar a los padres ante cualquier futura rabieta; ya lo han oído todo antes.

Un enfoque indirecto que se emplea para sugerir que tal vez la(s) conducta(s) que resulta(n) alarmante(s) o perturbadora(s) para los clientes es (son) bastante normal(es), es informar en primer lugar al cliente: "Estoy algo confuso" y luego hacer la pregunta: "¿Cómo puedes distinguir entre la depresión de vuestra hija [que es lo que teme el progenitor] y los cambios de humor normales de los adolescentes?"; "¿...entre que esté callado porque está enfadado contigo [que es lo que cree la mujer] o que esté callado porque está pensando en sus cosas?" En efecto, estamos introduciendo la duda en creencias que no son especialmente útiles. Estamos cuestionando las interpretaciones negativas o patológicas que los clientes hacen acerca de sus vidas y de la gente que les rodea.

La pregunta, "¿Cómo puedes distinguir entre (el problema formulado) y (una explicación normalizada del mismo)?" no requiere, en realidad, ninguna contestación para tener efecto. Una vez que se ha establecido esta distinción al hacer la pregunta, lo habitual es que la siguiente vez que se plantee la situación de los clientes se pregunten si no se habrán estado tomando las cosas demasiado a pecho. Incluso cuando los clientes ofrecen pruebas que apoyan su postura, por ejemplo: "Sé que mi hija está deprimida porque sus amigas no actúan así con sus padres", eso no significa que la pregunta haya sido ineficaz a la hora de cambiar percepciones; por lo general se ha sembrado una semilla.

Para destacar el papel que las acciones del propio cliente tienen

en la queja y normalizarla, damos a veces una "receta" de la queja. O bien le damos la receta al cliente, o hacemos que nos digan cómo "hacen su problema".

Bill tiene un monólogo típico que utiliza con los clientes que acuden a terapia por depresión. Dice que ha visto a mucha gente que "hacía" depresiones realmente buenas y que han aprendido de los mejores. Si él quisiera tener una depresión realmente buena, reduciría la cantidad de estimulación procedente del ambiente y de sí mismo. Tal vez iría a su habitación, cerraría las cortinas y se quedaría bajo las mantas. O quizás se quedaría en casa leyendo el mismo tipo de libros (probablemente novelas de amor o libros de autoayuda, nada estimulante o que proporcione ideas nuevas). Si hablara con alguien, sería con la misma persona o con la misma gente todos los días, habitualmente sobre el mismo tema (probablemente lo desgraciado que es). Pero sería esencial evitar todo lo que le pudiera hacer respirar profundamente o moverse físicamente, porque así es difícil mantener una buena depresión. Además, daría vueltas al pasado y a todas las cosas que debería o no debería haber hecho. Se compararía con otras personas y quedaría mal en la comparación (por ejemplo, sería demasiado bajo, demasiado gordo, demasiado flaco, carente de éxito, no tan sensato). Pensaría que siempre se había sentido así y que en el futuro siempre se sentiría así, etc. Cuando ha terminado esta letanía, la mayoría de las personas está sonriendo o asintiendo con la cabeza con complicidad. No se dan cuenta de que han aceptado inadvertidamente la definición de la depresión como algo "que se hace" y, por tanto, como algo respecto a lo que se puede hacer algo. A partir de ahí, si esa intervención no ha sido suficiente, resulta fácil preguntar a la persona en qué técnicas se ha especializado y centrar en ella la intervención.

*Hace poco Bill pidió a una cliente que se quejaba de problemas de peso que le enseñara qué hacer para ganar peso con su método, porque él había sido flaco toda su vida. Ella le contó que debía comer como si estuviera a dieta todo el día*

*(saltarse el desayuno, almorzar sólo ensaladas sin aliñar) y luego perder el control y comer todas las golosinas que hubiera a mano en la oficina, y comer a hurtadillas cosas como helados, muy de noche. Bill la llamó su "dieta de los helados".<sup>1</sup> Estuvo de acuerdo en que era una estrategia perfecta para ganar peso y le dijo que el elemento de privación de la dieta parecía esencial, de manera que se generara un hambre canina de calorías rápidas como los dulces. Sugirió que tal vez hubiera algún modo de suavizar su dieta, como forma de evitar los atracones "compulsivos" de dulces.*

Más adelante en este capítulo entraremos en más detalles sobre el uso de elogios durante y al final de la sesión. Sin embargo, puesto que esta sección abarca las técnicas normalizadoras, queremos mencionar los elogios normalizadores, que a menudo son especialmente efectivos a la hora de ofrecer a los clientes una nueva perspectiva, más sana, sobre su situación.

Muchas veces los clientes no se dan cuenta de que los problemas y/o la angustia que experimentan son simplemente una respuesta natural y normal ante los eventos vitales. El duelo que sigue a una pérdida, en los hogares llenos de niños reina el caos, la tensión y la preocupación caracterizan a las familias con problemas económicos, etc. A veces los eventos externos crean desafíos difíciles de superar. Cuando los clientes tienen dificultades para ordenar sus vidas, suelen recurrir a la culpabilización y a hacerse reproches, lo que únicamente da como resultado aumentar el problema, en vez de apreciar el impacto que han tenido los eventos externos sobre su vida.

Puesto que pensamos que muchas de las dificultades que los clientes traen a terapia son un subproducto lógico de circunstan-

1. Se traduce aquí como "dieta de helados" la expresión "Scarsdale Dairy Queen diet", en la que el terapeuta une "Scarsdale" (dieta famosa en los Estados Unidos) con "Dairy Queen" (conocida cadena de heladerías americana, que permanece abierta al público hasta altas horas de la noche). [N. del T.]

cias o transiciones vitales, puede que digamos algo como: “Teniendo en cuenta todo lo que me estás contando sobre los cambios por los que has pasado en los últimos meses, me sorprende que lo estés haciendo tan bien”; o “Teniendo en cuenta el hecho de que eres una madre soltera muy concienzuda con tus hijos, y que no tienes ningún apoyo emocional, me impresiona mucho que te desenvuelvas tan bien como lo estás haciendo”; o “Sabiedo que tu madre ha muerto hace apenas dos meses, me sorprende tu poder de recuperación”. Los clientes suelen aparecer aliviados al oír esto.

A veces, a fin de normalizar mediante un elogio el problema presentado, sacamos fuera de contexto lo que nos dicen los clientes. Hacemos hincapié en algún aspecto concreto de la situación que sólo han mencionado de pasada. Por ejemplo, si una esposa dice, “Sé que todos los matrimonios tienen sus altibajos, pero últimamente nos hemos peleado demasiado”, podríamos darle un cumplido más adelante en la sesión, diciendo: “Me impresiona mucho el que reconozcas que todos los matrimonios tienen altibajos. Algunas personas creen ingenuamente que la vida de casados tiene que ser siempre maravillosa. Tú, en cambio, eres más realista”. O, si una madre dice: “Sé que debería soltar a mi hija y permitirle que salga del cascarón, pero es realmente demasiado difícil para mí”, podríamos elogiarla más tarde, diciendo: “Me impresiona que sepas la importancia que tiene dar a tu hija la oportunidad de hacerse más independiente. Algunas madres no reconocen este hecho y se aferran excesivamente a la relación con su hija”.

### ¿Y LUEGO QUE?

Nuestro objetivo durante la sesión es centrar la atención de nuestros clientes en las excepciones, soluciones y recursos todo lo posible. Paralelamente, normalizamos continuamente sus experiencias, tanto de forma directa como indirecta. En muchos

casos, una combinación de las técnicas descritas abarca la mayor parte de la primera sesión. Si todo marcha según lo previsto, el paso siguiente es la definición de objetivos.

### *Definición de objetivos*

A lo largo de este libro hemos subrayado el enfoque futuro, orientado hacia las metas, de la terapia centrada en las soluciones. Aunque es responsabilidad de los clientes decirnos qué cambios quieren que ocurran, nosotros adoptamos un papel muy activo para asegurarnos de que los objetivos sean alcanzables y, esperamos, lo bastante concretos como para saber cuándo los habremos alcanzado. Este procedimiento de definición de objetivos es, desde luego, un proceso cooperativo de negociación. Nuestro papel activo en este aspecto de la terapia maximiza las probabilidades de que los clientes vayan a conseguir las metas así construidas.

Una de nuestras reglas fundamentales para definir objetivos es empezar por cosas pequeñas. Preguntamos: “¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por el buen camino?” Si se han señalado varias excepciones durante la sesión, una pregunta presuposicional más adecuada sería: “¿Qué indicará que las cosas siguen en la dirección adecuada?” Esto ayudará también a reforzar la idea de que el cambio ya se ha producido.

Puesto que una de nuestras premisas básicas es que un cambio pequeño lleva a cambios adicionales, la forma lógica de empezar es con un pequeño primer paso. Si cambia una persona en una relación, cambia la relación. Si cambia un miembro de la familia, también cambian otros miembros de la familia. Un cambio en un aspecto de la vida de un individuo lleva a cambios en otras áreas. Como dijo Erickson: “A menudo la terapia consiste en hacer caer la primera ficha de dominó” (Rossi, 1980, vol. 4, pág. 454).

Cuando preguntamos por los objetivos, algunos clientes responden con “primeras señales” utópicas o poco realistas.

Ofrecen lo que les gustaría ver a la larga como una meta final. Por ejemplo, si un estudiante ha estado sacando "muy deficiente" e "insuficiente" en el colegio, puede que los padres digan que la primera señal de cambio sería que sacara sobresalientes y notables. Aunque puede que esto suceda finalmente, es esencial ayudar a estos padres a reconocer antes el proceso de cambio, designando un paso más pequeño como primer indicador de cambio. Podríamos preguntar: "Naturalmente os gustaría que sacara sobresalientes y notables. Sin embargo, ¿sería una primera señal de que va por buen camino el que mejorara sus notas al menos hasta un aprobado?" "¿Estaría el hacer sus deberes regularmente entre los primeros signos de que lo está consiguiendo?" Normalmente los clientes están de acuerdo con esa idea. Este proceso de negociación es esencial si se quieren conseguir los objetivos del tratamiento.

Otro aspecto importante de la definición de objetivos es que éstos tienen que ser *concretos*. Objetivos del tipo "mayor autoestima", "más intimidad", "sentirme más feliz" son sólo puntos de partida en el proceso de negociación de los objetivos. Cuando los clientes formulan objetivos vagos, como: "Quiero tener una mayor autoestima", respondemos: "De acuerdo, bien, ¿qué cosas diferentes harás cuando tengas más autoestima?" (Adviértase el empleo de un lenguaje de soluciones en el uso de "harás" en vez de "harías" y en la expresión "hacer cosas diferentes", que sugiere acciones concretas y observables.) Los objetivos deberían ser, a ser posible, cosas observables, cosas que las personas hacen o dicen. En los cursillos, Bill habla de las descripciones de video, cosas que verías u oirías con una cámara de video. Los terapeutas dificultan su propio trabajo cuando al principio aceptan objetivos ambiguos y luego siguen adelante, asumiendo que saben lo que los clientes quieren decir.

Un caso de Michele sirve como ejemplo de los principios descritos más arriba. Una madre llevó a su hija de 13 años a terapia porque, según la madre, "estaba deprimida".

*Michele:* ¿Cuál será la primera señal de que Mary vuelve a sentirse bien?

*Madre:* La conozco muy bien y sólo con verla puedo saber cómo se siente (*los padres son especialmente buenos en esto*).

*Michele:* Estoy segura de que puedes saberlo, ¿pero cómo podría yo, viéndola, saber que está de buen humor?

*Madre:* Volvería a tocar el piano.

*Michele:* ¿No toca el piano ahora?

*Madre:* Bueno, supongo que toca de vez en cuando.

*Michele (percibiendo la impaciencia de la madre por la especificidad de las preguntas):* Perdona que sea tan puntillosa. Me gusta ser concreta y la información que me estás dando me ayuda bastante. ¿Con qué frecuencia toca el piano ahora?

*Madre (relajándose):* Una o dos veces por semana.

*Michele:* ¿Cuántas veces más tendría que tocar para que tú pensaras que está empezando a sentirse mejor?

*Madre:* Una o dos veces más por semana.

*Michele (resumiendo):* De acuerdo, de modo que cuando ella toque el piano 3 ó 4 veces por semana, sabrás que las cosas van mejor.

La hija, habiendo oído lo que su madre consideraba un signo de cambio, fue a casa y tocó el piano varias veces más esa semana. La madre, al verla, pensó que su hija debía sentirse mejor. Entonces se relajó, porque pensaba que la supuesta depresión de su hija ponía en tela de juicio su capacidad como madre. Al estar más relajada, respondió a su hija de otra forma, lo que llevó a más cambios en su relación y en el bienestar de su hija.

### *La pausa*

Una parte importante del trabajo con equipos y cristales unidireccionales es hacer una pausa para consultar con el equipo,

como sucede en Milán, en el BFTC y el MRI\*. Esto permite que la terapeuta y el equipo reúnan y compartan ideas acerca de la dirección del caso. Michele, que a lo largo de los años ha pasado más tiempo que Bill trabajando con un equipo, ha incorporado la pausa a todo su trabajo con clientes, incluso en su despacho privado, en el que no hay espejo ni equipo. A los tres cuartos de hora dice a los clientes que le gustaría tomarse lo que ella llama una "pausa para pensar" y sale durante unos minutos para ordenar sus ideas acerca de lo que los clientes le han dicho. Durante la pausa decide qué aspectos de la entrevista merecen ser destacados durante el subsiguiente *feedback*.

Tras esperar durante varios minutos que la terapeuta vuelva, los clientes esperan con expectación su opinión sobre la situación. La pausa, que sirve como un marcador de contexto, permite a la terapeuta volver a subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen. Al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente. A veces los clientes bromean y preguntan: "Bien, ¿cuál es el veredicto?" En este caso, el "veredicto" es un resumen de las cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, y finalmente, una prescripción o tarea.

### *Elogios*

Como ya hemos mencionado antes, aprovechamos cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. Cuando oímos que el cliente está haciendo algo que es positivo o promueve soluciones, tomamos nota mentalmente para felici-

\*Es importante señalar aquí que, aunque trabajar en un equipo es divertido, estimulante y revitalizador, no es imprescindible para obtener buenos resultados. La terapia centrada en las soluciones funciona igual de bien cuando se trabaja solo.

tarle por ello. Bill lo hace de manera informal durante la sesión: "Chico, parece que has estado manejando muy bien esa situación", y sigue con la entrevista. Aunque Michele subraya lo positivo durante la sesión preguntando: "¿Qué diferencias encuentras con la situación anterior?", tiende más a reservar el elogio hasta el final de la sesión: "Estoy realmente sorprendida por todas las cosas positivas que estás haciendo por ti a pesar de que las cosas han sido difíciles".

Generalmente, al proporcionar *feedback*, el terapeuta señala a los clientes lo que ya han hecho para empezar a resolver el problema. Saber qué no hay que hacer para evitar tener un problema es también algo que vale la pena comentar en este momento.

Si en el transcurso de la sesión el cliente mencionó un plan futuro que parece valer la pena, incluso si sólo se mencionó casualmente, el terapeuta señalará: "Tu plan de \_\_\_\_\_ es realmente bueno. Demuestra tu sentido común".

Otra forma de *feedback* positivo es el uso de la reestructuración o connotación positiva (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). A veces, cuando ha sido difícil encontrar excepciones al problema durante la sesión, pueden alterarse aún los puntos de vista de los clientes sobre la situación dando un nuevo significado a la descripción del problema. Esto puede conseguirse a través del uso de la connotación positiva, es decir, adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas.

Así, por ejemplo, puede que a un padre que interviene e interfiere cuando la madre castiga a su hijo se le diga: "Me impresiona tu disposición a proteger la relación entre tu mujer y tu hijo. Cuando intervienes de la forma en que lo haces, le evitas que ella sea 'la mala' y asumes tú esa responsabilidad. Debes ser muy altruista en este sentido". O, al adolescente que estuvo toda la sesión en completo silencio y con los brazos cruzados: "Me impresiona la confianza que tienes en tus padres para que ellos cuenten tu versión de la historia. La mayoría de los chicos de tu

edad interrumpen para asegurarse de que me entero de la historia tal cual es”.

En total, damos habitualmente cuatro o cinco elogios. Observamos cuidadosamente las respuestas no verbales de los clientes y la interacción se reduce al mínimo. Sólo se anima a los clientes a contestar si lo que quieren decir amplía los aspectos positivos que se están comentando. La intervención viene a continuación de los elogios y es el último punto a tratar aparte de la concertación de otra entrevista, si es necesario (el capítulo 6 se centra en el diseño de intervenciones).

### *Regreso al futuro: preguntas de avance rápido*

No todas las primeras sesiones van sobre ruedas. A veces los clientes son incapaces de identificar excepciones o soluciones pasadas. (Sin embargo, queremos subrayar que, a la larga, la mayoría de ellos son capaces de encontrar al menos unas pocas excepciones a la dificultad o una o dos cosas positivas en su vida. Eso puede exigir un poco de perseverancia por parte del terapeuta, pero normalmente vale la pena.)

Cuando no se pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que sacar partido, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas al futuro. Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución. Llamamos a estas preguntas “preguntas de avance rápido”.

Una manera de hacer esto es plantear alguna variante de la “pregunta del milagro” desarrollada en el BFTC. “Supón que sucede un milagro y te despiertas mañana y tu problema está resuelto: ¿qué será diferente?”

Bill emplea a veces una versión diferente: “Supón que saco una varita mágica y soy capaz de hacer magia con tu problema, ¿qué

cosas sucederán distintas a las de antes?” Ambas preguntas elicitán información acerca de cómo será la solución.

Puesto que muchas veces las personas no se han imaginado el futuro con el problema resuelto, éste resulta ser a menudo un ejercicio útil. Parece que el mero hecho de construir una visión de la solución actúa como catalizador para producirla. Además, mediante la utilización del verbo en tiempo futuro estamos dando a entender que la solución es inminente.

El siguiente extracto es de una primera sesión de un caso de Michele. Vinieron a terapia una madre y su hija de 8 años, Pat, porque desde el punto de vista de la madre, la hija no le hacía caso. Es un buen ejemplo del empleo de la pregunta del milagro, y demuestra cómo mantenerse centrado en la solución y no en el problema.

*Michele:* Supón que te acuestas esta noche y que sucede un milagro, de modo que al despertarte mañana hayan desaparecido tus dificultades, ¿qué será diferente?

*Madre:* Yo no gritaría tanto.

*Michele:* De acuerdo.

*Pat:* Y no te quedarías afónica.

*Michele:* ¿Qué harías en vez de gritar?

*Madre:* Probablemente pasaríamos más tiempo juntas, haciendo cosas juntas.

*Michele:* Bien, ¿como el tipo de cosas que estabas comentando? *(se refiere a un momento anterior de la entrevista).*

*Madre:* Sí.

*Pat:* Jugar a las cartas y cosas así. Sabes que sólo jugamos a las cartas cuando soy buena.

*Madre:* Eso es porque sólo quieres jugar a las cartas en los momentos más inoportunos.

*Pat:* *(risitas).*

*Madre:* Dos minutos antes de acostarse dice: “¿Quieres jugar a las cartas conmigo?”

*Michele:* ¿No ocurre siempre así? *(Pat sigue riéndose).*

*Madre:* Pero es muy duro, porque hay días que llego a casa del trabajo y estoy hasta aquí de la gente... (*se señala la cabeza*).

*Michele:* Claro, claro...

*Madre:* ...y ella empieza enseguida.

*Michele:* "Mamá, ¿quieres jugar a las cartas?"

*Madre:* Sí, no sólo eso, sino que...

*Pat:* ¿Me das esto, me das lo otro?

*Michele:* Sí, bien (*sonriendo ante la precocidad de la niña*).

*Madre (sonriendo también):* Ella sabe, sabe lo que hace mal, pero sigue haciéndolo.

*Michele:* De acuerdo... así que el milagro acaba de ocurrir.

*Madre:* De acuerdo.

*Michele:* Y acabas de llegar al trabajo.

*Pat:* Acaba de entrar por la puerta.

*Michele:* ¿Qué sucederá?

*Pat (feliz y sonriente):* ¡Hola, mamá!

*Madre:* ¡Sí!

*Michele:* ¿Y luego?

*Madre:* Me ayudarás a hacer la cena. Es una gran ayuda en la cocina cuando le apetece. Y tras la cena recogeremos la mesa y haremos los deberes que haya que hacer.

*Pat:* Nunca recojo la mesa... bueno, a veces.

*Madre:* Sí lo haces. Coges tu plato y lo pones en el fregadero.

*Pat:* Una vez no lo hice.

*Madre:* Bueno...

*Michele:* ¿Pero lo haces casi siempre?

*Pat (asiente con la cabeza):* Es una de mis tareas.

*Michele:* Así que limpiaríais juntas, ¿y qué haríais después?

*Pat:* Cosas divertidas.

*Madre:* Bueno, según tocara bañarse o no esa noche...

*Michele:* ¿Si no?

*Madre:* Probablemente estaríamos pintando o jugando con las muñecas.

Adviértase que una vez que la madre se proyectó al futuro tuvo cosas positivas que decir sobre Pat: que es una buena ayudante en la cocina y que pone su plato en el fregadero. ¡Varias sesiones más tarde, cuando el problema estuvo resuelto, dijeron que hacían exactamente las mismas cosas que describieron en su milagro, un milagro hecho realidad!

A veces, cuando las personas describen su milagro, el terapeuta puede preguntar: “¿Hay algo de esto que ya esté ocurriendo?” Esto renueva la búsqueda de excepciones. “¿Qué tienes que hacer para conseguir que suceda más a menudo?” Es la siguiente pregunta lógica (Lipchik, 1988). Además, el terapeuta se asegura de que el cliente tiene claro cuáles son los pequeños pasos que ha de dar antes de que el milagro pueda realizarse. Así, por ejemplo, a una joven que menciona que cuando se dé el milagro volverá de nuevo a la escuela, le preguntaremos: “¿Qué tienes que hacer para reincorporarte?” “¿Dónde consigues los formularios de admisión?” “¿Cómo puedes asegurarte de que te apuntas a tiempo?”, etcétera.

Además de las preguntas en torno a los milagros y la magia, existe una serie de preguntas orientadas al futuro que parecen tener un efecto hipnótico sobre los clientes. Estas preguntas exigen que los clientes no sólo se imaginen un futuro sin el problema, sino que además completen con todo tipo de detalles las escenas futuras en las que serán los principales protagonistas. Cuanto más específicas son las preguntas, más completo es el cuadro resultante. El terapeuta simplemente asume que el problema se ha resuelto y pregunta respecto a los cambios que se producirán como resultado de ello.

- “¿En qué será diferente su vida?”
- “¿Quién será el primero en darse cuenta?”
- “¿Qué dirá o hará?”
- “¿Cómo responderás?”

A alguien que haya tenido miedo a volar:

- “¿Cómo será salir del avión al llegar a tu destino?”
- “¿Cómo te sentirás tras haber conseguido volar?”
- “¿Quién más percibirá la confianza en ti mismo que sentirás?”
- “¿Qué te dirán los amigos que te esperen cuando llegues?”
- “¿Cómo crees que serán tus vacaciones, sabiendo que has superado tu malestar en los vuelos?”

A alguien con un problema de peso:

- “Cuando pierdas 8 kg, ¿cuál será tu tienda favorita para comprarte ropa nueva?”
- “¿Llevarás faldas o pantalones? ¿Qué colores elegirás?”
- “¿Qué dirá tu marido cuando vuelvas a casa con ropa nueva?”
- “¿Será tu madre o tu padre el primero en comentar lo delgada que estás?”

Esta es sólo una pequeña muestra de las preguntas que se pueden hacer. La estructura de las preguntas varía de cliente a cliente, porque los detalles de cada pregunta deben “encajar” con las características de la situación de cada persona. Básicamente, pedimos a los clientes que fantaseen acerca de su futuro de una forma concreta y agradable (un estudio de caso al final de este capítulo describe el uso de estas preguntas de avance rápido).

### *Preguntar sobre el problema*

Si los clientes no son capaces de describir excepciones, o de contestar a las preguntas orientadas al futuro, la siguiente línea a seguir es reunir información detallada sobre el tema. El enfoque de terapia breve del MRI se reconoce mejor cuando adoptamos

esta línea. La mayoría de nuestros casos no requieren este tipo de preguntas, ya que, por lo general, obtenemos suficiente información sobre excepciones y recursos como para iniciar el proceso de solución. Cuando investigamos el problema, nos interesa una información muy específica: los marcos de referencia en los que los clientes sitúan el problema; en qué sentido lo ven como un problema; y las circunstancias y la secuencia de eventos cuando sucede el problema. Habitualmente hacemos las preguntas siguientes:

- “¿Cuál consideras que es el problema? Dame un ejemplo reciente”.
- Al rastrear la secuencia de eventos preguntamos: “¿Qué sucede?... ¿Qué sucede luego?... ¿Y qué sucede después de eso?”, etc., hasta que tenemos una imagen clara de las interacciones que rodean lo que se califica como problema. Queremos saber de qué manera los clientes han estado intentando resolver el problema (soluciones intentadas).
- “¿Quién está presente cuando se da el problema?”
- “¿Qué dice o hace cada uno?” “¿Y después qué pasa?”
- “¿Dónde ocurre el problema con mayor frecuencia?”
- “¿Dónde es menos probable que ocurra?”
- “¿Hay algún momento (día, mes, año) en que es (im)probable que se produzca el problema?”
- “¿De qué forma es un problema para ti?”
- “Si tu mujer estuviera ahora aquí, ¿cómo diría ella que estás intentando resolver el problema?”

Incluso cuando empezamos a centrarnos en el problema durante la sesión, de ningún modo estamos intentando entender “el verdadero significado del problema”, encontrar su “causa” o perseguir ninguna otra idea similar acerca de la resolución de problemas. Sólo nos interesan aquellos aspectos del problema que nos proporcionan el tipo de información que necesitamos para formular intervenciones útiles. Por ejemplo, a partir del trabajo

de Erickson está claro que cualquier cambio en el patrón que rodea el problema disminuirá la probabilidad de que se produzca ese problema. Por lo tanto, una vez que tenemos una imagen clara de la secuencia de eventos cuando se da el problema, podemos sugerir un pequeño cambio que pueda dar lugar a una diferencia significativa.

Otra forma de investigar el patrón problema se basa en el trabajo del MRI. Como ya mencionamos anteriormente, ellos consideran que los problemas son mantenidos por los intentos infructuosos de resolverlos. Por tanto, lo que hace falta para solucionar el problema es invertir el esfuerzo de solución. Una vez que hemos comprendido al detalle los esfuerzos ineficaces de resolución del problema, podemos sugerir a los clientes que inviertan la forma en que han estado abordando la situación.

Ocasionalmente aparece una excepción mientras estamos investigando una secuencia problemática. Rápidamente preguntamos sobre ella, y si esta línea parece fructífera, es decir, si lleva a más información sobre excepciones, abandonamos la investigación centrada en los problemas.

### *Buscar recursos y soluciones como "más de lo mismo"*

A menudo los terapeutas nos preguntan: "¿No tenéis clientes que quieren demostraros lo horribles que son las cosas, especialmente cuando sois positivos? ¿No sucede a veces que buscar excepciones saca a la luz lo peor de los clientes?" Sí, por supuesto que hay ocasiones en que nos damos cuenta de que el adoptar nosotros una actitud positiva lleva a los clientes a ser negativos. Esto nos ha hecho ver la importancia que tiene observar la respuesta de la gente y modificar en consecuencia nuestras acciones si es necesario.

Al supervisar a terapeutas que están empezando a aprender el enfoque centrado en las soluciones, advertimos un error frecuente, el énfasis rígido sobre lo positivo incluso cuando el cliente lo

descalifica continuamente, tanto verbal como no-verbalmente, por ejemplo: "Claro que hizo sus deberes, pero una golondrina no hace verano", o "Sí, su conducta ha sido mejor esta semana, pero ya ha tenido esta 'buena costumbre' otras veces y no ha durado mucho". Cuando los terapeutas insisten en continuar esta línea, ponen en peligro la relación terapéutica. En el mejor de los casos, los clientes comentan: "Tengo la sensación de que no entiendes la situación". En el peor de los casos no vuelven.

Cuando el hecho de rastrear excepciones, soluciones y un futuro sin problemas produce la sensación de estar nadando contra corriente, cambia de dirección y céntrate en el problema, tal y como acabamos de describir, o adopta una actitud pesimista y observa qué ocurre.

*Recientemente Michele estuvo trabajando con una pareja que vino a terapia marital. Durante 40 minutos les sometió a un interrogatorio sobre los aspectos positivos de su relación. No fueron de gran ayuda a la hora de proporcionarle información. El se había planteado la posibilidad de marcharse, pero no lo había hecho, y aunque ella decía que no quería que él la dejara, no podía explicar qué aspectos de su relación eran, en su opinión, dignos de ser salvados.*

*Finalmente, Michele cambió de línea. Les preguntó qué les impedía romper. Dijo que los dos querían a su hijo de 18 meses. La mujer dijo que, a pesar de todo, aún le quería. Entonces Michele hizo de "abogado del diablo" durante un rato. Parecieron un tanto sorprendidos. En ese momento cambió el tono de la sesión.*

*Al final de la sesión Michele les dijo que, por lo que le habían dicho, no tenía claro por qué querían mantener su matrimonio. Les indicó que debían saber algo acerca de su relación que ella ignoraba. Se les pidió que observaran qué cosas sucedían que fueran pruebas de que debían seguir juntos.*

*Volvieron con largas listas de cosas que iban bien entre ellos. Sonreían y estaban cariñosos. Más tarde, la mujer le contó a*

*Michele que sabía cuál había sido para ella el punto de inflexión. Dijo: "Cuando en la última sesión nos dijiste que por qué no nos separáramos, nos asustaste. Supimos que teníamos que ponernos de acuerdo". En terapia, saber cuándo cambiar de línea es una verdadera ciencia.*

#### UN DIA EN EL COLEGIO: UN ESTUDIO DE CASO

El siguiente caso describe una primera sesión casi íntegra, ilustrando muchas técnicas de primera entrevista. Revisando la transcripción, el lector puede entrever cómo las técnicas se van enlazando para dar lugar a una entrevista que es, en sí misma, una intervención.

#### *Sesión 1*

Están presentes la terapeuta (Michele), la madrastra Barb, el padre, y el hijo Jason. Jason se marchó de casa de su madre biológica y se fue a vivir a casa de su padre aproximadamente tres semanas antes de la primera sesión. La razón del traslado fue su bajo rendimiento escolar.

*Michele:* Bueno, sin más preámbulos...

*Barb (a Jason):* Perdona, ahora tienes que hablar.

*Michele:* O al menos escuchar (*sugiriendo que el éxito terapéutico no depende de que el chico hable o no*) (*Barb se ríe*).

*Michele:* Bueno. ¿Qué os trae por aquí?

*Barb:* Bueno, de alguna forma queremos, queremos que Jason, quizás no que le guste el instituto... tenemos que conseguir que Jason siga en el instituto. El señor Dean [*el jefe de estudios*] dice que cuando Jason quiere marcharse del colegio, coge la puerta y se va, y dice que ése es el único verdadero problema

que tiene con él. Así que queremos que Jason vaya a clase. Puede que no le guste la escuela, pero que aprenda a sobrellevarla un poco mejor. Ahora no va bien.

*Michele:* De acuerdo (*al padre*), ¿cómo ves tú esta situación?

*Padre:* Básicamente es eso. El no... lo está pasando mal, no sé si él no entiende... por qué no puede entender que tiene que hacer inglés, que incluye poesía. Ya sabes, lo típico: "¿Por qué tengo que estudiar esto? No voy a necesitarlo nunca". Ha llegado a... tiene la impresión de que nada de esto va a servirle, que lo que debería hacer es dejarlo y conseguir un trabajo.

*Michele:* ¿Cuándo fue la última vez que estuviste en el colegio?  
[*Buscando excepciones de inmediato.*]

*Jason:* Hoy.

*Michele:* ¿Fuiste hoy? (*Con entusiasmo*) ¿Cómo es eso? (*Barb ríe*)

*Jason:* Me castigaron a quedarme.

*Barb:* Oh, no lo sabíamos.

*Padre:* No faltaba a clase todos los días. Nunca ha faltado una semana entera o algo así. Generalmente falta a una o dos clases y luego vuelve.

*Michele:* ¿Haces eso?

*Jason:* Solamente la clase que no me gusta.

*Michele:* Espera un segundo. ¿No te has tomado libre toda la semana?

*Jason:* No. Lo más que me he tomado libre alguna vez ha sido un día.

*Michele:* ¿Es eso cierto?

*Jason:* (*Asiente*).

*Michele:* ¿Cómo te fuerzas a volver? Me explico, muchos chicos faltan un día y luego les resulta demasiado incómodo volver.

*Padre:* Sí, eso es lo que yo le preguntaba.

*Michele:* [*Ignora los esfuerzos del padre por entender el problema y en vez de ello profundiza en lo que está funcionando.*] Pero cuando te saltas una clase, ¿cómo consigues volver?

*Jason:* Si es una clase a la que no quiero ir, simplemente me voy, me doy una vuelta por el centro, por hacer algo hasta que llegue la hora de la clase siguiente. Simplemente vuelvo.

\* \* \*

*Barb:* Bueno, una cosa que dijo papá, Jason cumple 16 años en otoño, con lo que podría sacar el carnet de conducir. Papá dijo que si no consigue acabar el instituto, no firmará para su carnet de conducir. Pienso que eso es una motivación.

*Michele:* ¿Le crees? Cuando tu padre dice algo, ¿suele cumplirlo?

*Jason:* Normalmente sí.

*Barb:* Oh, sí. Fue categórico al respecto. Dijo que no era un castigo.

*Michele:* Sí.

*Barb:* Lo que dijo en el coche, y que me pareció genial, es que si no eres lo bastante maduro para acabar el colegio, no eres lo bastante maduro para conducir.

\* \* \*

*Padre:* El problema no es falta de inteligencia. Es sólo falta de motivación.

*Barb:* Ahí está. O sea, como digo yo: “Jason, si fueras un estúpido...” eso es precisamente: el chico no es estúpido.

*Michele:* Obviamente.

Aquí el padre atribuye una causa al problema, la falta de motivación del chico. Michele decide centrarse en el hecho de que el chico es inteligente y evitar con tacto una discusión sobre su motivación.

*Barb (con énfasis):* Oh no, no lo es.

*Padre:* Según sus resultados es medio o superior.

*Barbara:* Yo digo que está por encima de la media.

*Michele:* ¿Es algo nuevo el que adoptes una postura firme como esa respecto al coche? ¿Es algo nuevo?

*Padre:* Sí.

*Michele:* Así que has pasado una nueva página [*intentando subrayar y amplificar los cambios*].

*Padre:* Bueno, no. Creo que he sido bastante negligente con él, porque si él hubiera estado sacando “aprobados” o “bienes”, y sacara adelante el curso, no hubiera pasado nada de esto. Pero el que él estuviera fallando en todo y haciendo novillos y yendo por ahí me chocó y me llevó a decir: “Tengo que hacer algo concreto para que esto cambie”. Así que supongo que puedes llamarlo pasar una nueva página.

Adviértase que en un primer momento el padre responde: “Bueno, no”, cuando se le pregunta si ha pasado una nueva página, pero que termina su intervención contradiciendo lo dicho. Su percepción cambió al aportar pruebas de su nueva conducta.

*Michele:* Así que, ¿cuándo tomaste esa decisión? [*Michele presupone que esta nueva página fue una decisión activa del padre.*]

*Padre:* Cuando empezó a ir tan mal, cuando estaba afectándole realmente. Pensé que ya era hora de intentarlo y hacer algo [*el padre acepta y valida el encuadre como una decisión activa*].

*Michele:* ¿Cuándo ocurrió eso? Obviamente ha ido en esa línea durante cierto tiempo [*Michele sigue haciendo cristalizar esta realidad al preguntar sobre ella en pasado: “¿Cuándo ocurrió eso?”*].

*Padre:* Sí. Hacer algo así de concreto fue cuando le dijimos que se fuera a vivir con nosotros. Siempre he... nunca lo hice, pero siempre había pensado en esa posibilidad. Digámoslo así.

*Michele:* Bien, de acuerdo.

*Padre:* Debería haberlo hecho, pero estaba demasiado ocupado con unas cosas y con otras. Finalmente, me di cuenta de que

le iban a echar del colegio o que él iba a dejarlo o lo que fuera, y que teníamos que intentarlo y hacer algunos cambios.

*Michele:* De acuerdo. ¿Así que pasaste una nueva página? (*re-enfatizando*).

*Padre:* Supongo que sí.

\* \* \*

Varios minutos más tarde, Michele hace pasar la sesión del presente al futuro. Adviértase que hasta ese momento se ha hablado poco del pasado. Al responder a las preguntas orientadas al futuro, Jason acepta la premisa de que irá a todas las clases. Es más que capaz de dar todo tipo de detalles sobre lo que le deparará el futuro cuando el problema esté resuelto.

*Michele:* ¿Cuál de tus profesores estará más sorprendido cuando vayas a clase todas las horas?

*Jason:* Probablemente mi profesor de historia.

*Michele:* ¿De verdad? ¿Quedaré impresionado?

*Barb:* ¿Se acordarán de tu nombre? (*Risas.*)

*Michele:* ¿Más sorprendido que Mr. Dean?

*Jason:* A Mr. Dean le sorprenderá que no esté en su despacho.

*Michele:* Sí, apuesto que sí.

*Jason:* Mi profesor de matemáticas va a alucinar.

*Michele:* ¿Es cierto eso?

*Jason:* Me gustan las matemáticas, pero no me gusta ese profesor.

*Michele (ignorando esa afirmación):* ¿Será tu profesor de historia el más sorprendido? (*Jason asiente.*) ¿Y luego tu profesor de matemáticas? (*Jason vuelve a asentir.*) ¿Y qué pasa con el jefe de estudios?

*Jason:* Realmente no sé si... porque siempre hay chicos en su oficina, no sé si se dará cuenta al principio.

*Michele:* Tardará un rato.

*Barb:* Sí, pero cuando entré allí dije: "Hola, mi nombre es Barb Smith, mi hijo es..." Y él dijo: "Jason".

*Jason:* Ah, sabe quién soy. Cuando voy por el pasillo siempre me dice "Hola, Jason".

*Michele:* De acuerdo, te va a echar de menos. (*Barb ríe.*)

*Jason (sonriendo):* Probablemente. Porque estoy en su despacho...

*Michele:* ¿Te vas a pasar por su despacho a saludarle?

*Jason:* No creo...

*Michele:* No le aprecias tanto, ¿verdad? ¿Quién más de la escuela quedará sorprendido porque vayas a todas las clases?

*Jason:* No lo sé, estoy seguro de que algunos de los chicos se preguntarán qué está pasando.

*Michele:* ¿Te preguntarán, no crees?

*Jason:* Sí.

*Michele:* ¿Y qué les vas a decir?

*Jason:* Probablemente les diré que me estaba pasando de la raya.

*Michele:* ¿Se meterán contigo?

*Jason:* Algún chiste harán, pero no se meterán conmigo.

*Michele:* Vale... ah, ¿crees que tu madre estará sorprendida?

*Jason:* Sí.

*Michele:* ¿Qué crees que va a pensar?

*Jason:* Pensará que está bien. Se alegrará mucho.

*Michele:* De acuerdo. Sabes, cuando ya hayas ido al colegio algún tiempo y las cosas sigan por el buen camino, ¿en qué cosas será diferente tu vida?

Adviértase que se dice "sigan" por el buen camino, indicando que las cosas ya están en vías de solución. Esta pregunta sigue haciendo cristalizar la nueva realidad de ir a la escuela, preguntando acerca de cambios concomitantes en el resto de la vida del chico una vez que acuda regularmente a la escuela.

*Jason:* ...Probablemente no saldré tanto por las noches.

*Michele:* De acuerdo.

*Jason:* Probablemente me lo tomaré con más calma. Cuando

vamos a fiestas de cumpleaños no me gusta hablar, simplemente me quedo sentado.

*Michele:* ¿Te refieres a fiestas familiares?

*Barb:* Sí.

*Michele:* ¿Vas a portarte de otra manera allí?

*Jason:* Probablemente.

*Michele:* ¿Cómo es eso?

*Jason:* Mm. No les visitamos muy a menudo y no les veo mucho; así que me pongo nervioso... y supongo que de cierta forma soy diferente, porque mis primos son buenos en el colegio y no se meten tanto en líos. Y luego estoy yo. Me meto en líos continuamente y simplemente me pongo nervioso, como si ellos pensarán que estoy loco y algo así.

*Michele:* Así que cuando empiecen a enterarse de que vas siempre al colegio, ¿te sentirás más a gusto con ellos?

*Jason:* Probablemente.

*Michele:* ¿Quién crees que les dirá que vas bien en el colegio?

*Jason:* No lo sé, de alguna manera se enterarán.

*Michele:* ¿Sí? ¿Quién piensas que se lo va a decir?

*Jason:* No lo sé.

*Michele:* Piensas que será... ¿qué es más fácil, que sea Barb o tu padre o...?

*Jason:* Probablemente Barb (*Barb ríe*).

*Michele:* ¿Será Barb? Presumirá de ti, ¿eh? ... ¿A quién se lo dirá antes?

*Jason:* Espero que a mi tío.

*Barb:* Oh, cierto. Iba a decir que a la abuela, pero es cierto.

*Michele:* ¿Sí? ¿Por qué a tu tío?

*Jason:* Porque siempre se mete conmigo.

*Michele:* Entonces estará más sorprendido que Mr. Dean y todos los demás juntos.

*Jason:* Probablemente.

*Michele:* Voy a hacer una pausa y hablar con mis compañeros de equipo para ver lo que tienen que decir, y luego os daré nuestra opinión.

\*\*\*\*\*

*Michele (que vuelve tras la pausa):* Nos impresiona que hayáis decidido resolver la situación de una vez por todas. Por ejemplo, al hacer que Jason se mudara a vuestra casa de modo que pudiérais proporcionarle un poco más de orden, al decidir que habría consecuencias, como lo del carnet de conducir, si sigue habiendo problemas, y también al decidir, los dos, manteneros más firmes y pasar más tiempo con Jason. Estas son medidas bastante fuertes para resolver el problema de una vez por todas. Y, Barb, el equipo está muy impresionado por todo tu interés por Jason, y tu entusiasmo, a pesar de que en realidad Jason no es tu...

Obsérvese que el mensaje dice “si” continúa habiendo un problema, creando duda respecto a que ocurra el problema, pero reconociendo aún esa posibilidad.

*Barb:* Oh, nunca me ha importado que Jason sea realmente hijo mío o no.

*Michele:* Ya sé. En algunas familias sí importa, así que eso nos llama la atención. Y no pareces una “malvada madrastra” (*una descripción que ella había hecho de sí misma anteriormente.*)

*Barb (riendo):* Puedo serlo, de verdad.

*Padre:* Tiene sus días.

*Barb:* Algunos días soy una verdadera bruja.

*Michele:* De acuerdo. En cualquier caso nos ha impresionado tu obvia preocupación por Jason.

*Barb:* Me preocupo por él, mucho.

*Michele:* Y, Jason, nos impresiona que de verdad vayas al colegio todos los días, y que vayas a clase y tengas de verdad el firme propósito de aplicarte e ir a todas las clases hasta que acaben. (*A los padres:*) Queremos predecir que puede que haya algunos momentos difíciles al incorporar un nuevo miembro a vuestra familia.

De nuevo, el mensaje enfatiza lo positivo: Jason va a la escuela todos los días. A continuación el equipo pasa a poner en boca de Jason o quizás a atribuirle una posición más fuerte de la que él había mantenido: le dicen que están impresionados porque tiene el firme propósito de aplicarse e ir a todas las clases hasta que se acaben. Antes de que tenga tiempo de poner objeciones o incluso de pensar en ello, se da un mensaje a los padres que los distrae a todos y hace más improbable que pongan en duda esta atribución positiva.

*Barb:* Oh, sí.

*Michele:* De hecho, uno de los miembros del equipo piensa que habrá algo más que momentos difíciles, que tal vez las cosas vayan realmente mal a veces.

*Barb:* Oh, sí.

*Michele:* En cualquier caso, tengo una tarea para que la hagáis entre hoy y la próxima vez que nos veamos, para darme algunas informaciones básicas más. Y es que os fijéis en qué está sucediendo en vuestra casa, o también en otros aspectos de vuestra vida si queréis, qué está sucediendo, qué os gustaría que siguiera sucediendo, ¿de acuerdo? ¿está entendido? (*Jason asiente.*) Espero que éste sea el tipo de deberes que hagáis (*Barb ríe*).

Esta es la “tarea de la primera sesión” desarrollada en el BFTC. Michele también introduce algo de humor en la situación al llamarla “deberes” y bromear con el chico al respecto.

## *Sesión 2 - Madrastra y Jason*

*Michele:* ¿Qué ha estado sucediendo que os gustaría que siguiera ocurriendo?

*Barb:* ¡Fue estupendo! No se podía pedir un chico mejor esta semana. O sea, no ha hecho nada mal.

*Michele:* ¿Estás bromeando?

*Barb:* Nada de novillos, nada.

*Michele:* Espera un segundo (*Barb ríe*). Espera un minuto (*bromeando*).

*Barb:* Ya sé, ya sé.

*Michele:* ¿Has ido a todas las clases?

*Jason:* Excepto a las horas de estudio.

*Michele:* ¿Es cierto? (*impresionada*).

*Barb:* Lo único es que se torció un tobillo esta semana y está con muletas. Pero no tuvo la culpa.

*Michele:* Ahora espera, espera un segundo.

*Barb:* Quiero decir que no ha hecho nada. Viene directo a casa después del colegio.

*Michele:* ¿Cómo lo has conseguido?

*Barb (risas):* No estoy bromeando, esta semana no se podía pedir un chico mejor.

*Michele:* ¿No te has metido en líos? ¿No te han llamado al despacho del jefe de estudios?

*Jason:* No.

*Michele:* ¿Qué está pasando?

*Barb:* Ayer fui a pagar las clases de conducir, y le dijimos que si quería clases de conducir tenía que ir a clases de recuperación; bien, no protestó. Así que fui para allá para comprobar su asistencia y la chica va y me dice: "Bien, déjeme ver". Bien, estuvo castigado la semana pasada. Tenía que ir a una clase toda la semana como castigo por su mal comportamiento anterior. Así que comprobó la asistencia del lunes y dijo: "No, no faltó", comprobó la del martes y dijo: "No, no faltó". Así que hoy dije: "No he llamado, ¿te has pirado alguna clase hoy?" y me dijo: "No, no he faltado" ... ¡incluso está trayendo... sus libros a casa! (*risas*). Ya sé.

*Michele:* Espera un minuto. ¿Has estado castigado la semana pasada, pero has vuelto esta semana a las clases normales?

¿Incluso a las clases que no te gustan? (*Jason asiente.*) ¿Y qué tal?

*Jason:* Muy aburrido (*Barb ríe*).

*Michele:* Ya lo sé. Cielos, no sé qué decir.

*Jason:* Tampoco los profesores supieron qué decir.

Jason advirtió las reacciones de sorpresa de los profesores. Probablemente le influyó la pregunta orientada al futuro de la sesión anterior: “¿Cuál de tus profesores estará más sorprendido?”

*Michele:* Ahora...

*Barb:* Se porta estupendamente en casa. Su cuarto, limpio.

*Michele:* ¿Es eso algo nuevo?

*Barb:* Sí, sé que en su casa nunca estaba limpio. Su hermana solía contarme que era desastroso. ¡Ha estado estupendo!

*Michele:* Me estás dejando sin habla.

*Barb:* ¡Nosotros nos hemos quedado sin habla!

### *Sesión 3*

Varios de los profesores de Jason le dijeron que incluso asistiendo a sus clases durante el resto del año académico no le aprobarían. Jason decidió dejar de ir a esas asignaturas, aunque asistió a todas las demás. Cuando el Señor Dean descubrió que Jason había vuelto a no ir a clase se enfadó mucho, pero se mostró dispuesto a llegar a un acuerdo con él. Le dijo que podía dejar las asignaturas que iba a suspender si prometía asistir de forma constante a las otras asignaturas hasta que terminara el curso. Jason estuvo de acuerdo.

### *Sesión 4*

Jason cumplió su parte del trato y terminó el curso sin hacer más novillos. Dimos por terminadas nuestras sesiones y dejamos abierta la posibilidad de reanudarlas en otoño si era necesario. No hubo contacto posterior.

## 6. PRESCRIPCIONES PARA EL CAMBIO

### ALTERAR LA "FORMA DE ACTUAR" Y LA "FORMA DE VER" EL PROBLEMA

En la terapia orientada hacia las soluciones son tres las cosas que intentamos hacer:

1. *Cambiar la "forma de actuar" en la situación percibida como problemática.* Queremos cambiar las acciones e interacciones que intervienen en la situación, dando a los clientes libertad para usar otras acciones, atípicas, que tengan más probabilidades de resolver el problema que la repetición de pautas sin éxito. Un cambio en lo que hacen puede producir también un cambio en su marco de referencia. Además, los cambios en la "forma de actuar" en la situación pueden generar recursos y capacidades nuevas u olvidadas.
2. *Cambiar "la forma de ver" la situación percibida como problemática.* Cambiar los marcos de referencia de los clientes, tanto en la sesión como fuera de la sala de terapia, puede llevar a cambios en las acciones y a la estimulación de potencialidades y recursos no utilizados.
3. *Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.* Recordar a las personas sus recursos y fomentar estas fuerzas y capacidades puede llevar a cambios en sus acciones y en su punto de vista.

## INTERVENCION SOBRE PATRONES: EL EFECTO MARIPOSA

En un reciente libro sobre un paradigma emergente de las ciencias físicas (Gleick, 1987) aparecen varias ideas que resumen con elegancia los conceptos relacionados con la intervención sobre patrones. Los científicos que estudian situaciones caóticas y complejas han empezado a descubrir algunas formas nuevas de entender estos fenómenos. La primera es el descubrimiento de que en las situaciones aparentemente aleatorias y complejas existen patrones subyacentes que las organizan. Incluso los eventos muy regulares, como los latidos del corazón, tienen variaciones caóticas que a su vez tienen patrones subyacentes.

Entramos en un mundo en el que las “cosas” están en realidad cambiando y variando constantemente, con patrones subyacentes que las organizan dándoles esa apariencia de “cosa”. El caos es sorprendentemente ordenado. Estos sistemas caóticos son también sorprendentemente susceptibles de cambiar. Cuando son perturbados, responden reorganizando sus patrones. Este efecto lo observó por primera vez el meteorólogo Edward Lorenz, quien empleaba un ordenador para analizar los efectos que tendría un pequeño cambio sobre los patrones climatológicos globales. Lo que encontró fue que los cambios más diminutos tienen un profundo efecto sobre los sistemas complejos como el tiempo atmosférico. Este efecto fue denominado “efecto mariposa” porque, tal y como lo expresa Lorenz, si una mariposa batiera sus alas en Brasil, podría producir un tornado en Tejas. Lorenz se encontró con que, cuando el ordenador representaba gráficamente estos patrones de caos, había puntos de orden —“extraños puntos de atracción”— que organizaban el caos convirtiéndolo en bonitas curvas y patrones.

En terapia tratamos de alterar los “extraños puntos de atracción” de las pautas individuales y sociales introduciendo en ellas un pequeño cambio. Encontramos los puntos de orden en el aparente caos de la situación que presenta el cliente y perturbamos sistemáticamente estos organizadores del patrón. Freud tenía una

máxima: "Donde era el ello, será el yo". Nosotros la reformularíamos: "Donde había patrones rígidos, habrá flexibilidad".

En capítulos anteriores hemos discutido la idea de que los problemas que la gente lleva a terapia no son cosas, sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. Estas pautas son muy susceptibles de cambiar. Las situaciones o contextos que rodean a estos patrones forman parte del patrón. En las siguientes páginas describimos diversas formas de intervenir en los patrones que constituyen la queja a fin de cambiar estos contextos de modo que ya no contengan problemas o "síntomas" (O'Hanlon, 1982a, 1987; O'Hanlon y Wilk, 1987).

### *Intervención sobre el patrón de la queja*

Frecuentemente, la forma más sencilla y directa de intervenir en un contexto que contiene una queja es alterar el propio patrón de la queja (a lo que nos referimos aquí con "queja" es a lo que los terapeutas suelen llamar "síntoma", un término que evitamos porque implica que aquello de lo que alguien se queja es, en realidad, la manifestación de alguna patología subyacente). El terapeuta hace que el/los cliente/s introduzcan alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja.

El trabajo de Milton Erickson ofrece muchos ejemplos de este tipo de intervención. Podía pedir a alguien que se lavaba las manos compulsivamente que cambiase la marca de jabón que utilizaba. O tal vez hiciera que una persona que fumaba guardase sus cigarrillos en el ático y sus cerillas en el sótano. A una persona que se chupaba el pulgar le dijo que todos los días se lo chupara durante un período de tiempo establecido. Indicó a una pareja, que discutía acerca de quién debía conducir de vuelta a casa tras una fiesta en la que ambos habían bebido, que uno de ellos debía conducir desde la fiesta hasta el edificio anterior a su casa; luego debían parar el coche, intercambiar sus asientos y el otro

conduciría el resto del camino hasta casa (Rossi, 1980; Haley, 1973).

Alterar el desarrollo de la queja altera el contexto. A menudo la queja desaparece, gradualmente o de forma abrupta.

*A una cliente que se arrancaba el pelo compulsivamente (en la jerga médica, se llama a esto tricotilomanía) se le dijo que cada día que se arrancase el pelo del lugar habitual (un sitio directamente encima de su frente) tendría que arrancarse un pelo de la parte de atrás de la cabeza. Ella se encontró con que sentía una menor inclinación a arrancarse el pelo de delante sabiendo que tendría que arrancarse otro deliberadamente. A continuación, se le dio la pesada tarea de enrollar fuertemente en torno a una cerilla cada pelo que se arrancara. Esto resultó ser un cambio muy importante, porque ella había tenido también, sin que lo supiera el terapeuta, la compulsión de separar la raíz de cada pelo que se había arrancado; era parte de su ritual. Se dio cuenta de que era incapaz de enrollar el pelo en torno a la cerilla cuando éste no tenía raíz. Empezó a dejar de arrancarse pelo. A medida que su cabellera volvía a crecer, empezó a interesarse mucho más por su aspecto físico. Comenzó a llevar un nuevo peinado y largas uñas artificiales. Finalmente, al ver que la longitud de las uñas artificiales le impedía arrancarse el pelo, dejó de hacerlo por completo.*

En la siguiente lista se resumen las clases de intervenciones que se pueden usar en este campo, con un ejemplo para ilustrar cada tipo de intervención sobre patrones:

1. Cambiar la frecuencia o tasa de la queja.

*A un cliente que solía comer golosinas frenéticamente durante sus episodios de voracidad se le dijo que comiera dulces lentamente cuando no tuviera un episodio.*

2. Cambiar el tiempo de ejecución de la queja.  
*A una cliente deprimida se le dijo que fijara un tiempo para su depresión todas las noches, en vez de esperar a que le ocurriera al azar.*
  
3. Cambiar la duración de la queja.  
*A una persona que se lava las manos "compulsivamente" se le podría decir que lavara su mano izquierda durante al menos 5 minutos y su mano derecha durante no más de 30 segundos en cada lavado.*
  
4. Cambiar el lugar en el que se produce la queja.  
*Un alumno de Bill estaba haciendo terapia con una pareja que se quejaba de tener discusiones inútiles y viciosas que ambos lamentaban a posteriori. Tanto la pareja como el terapeuta habían intentado solucionar esta situación de muchas formas, pero sin resultado. Una vez que conoció la intervención sobre patrones, el terapeuta les dijo que la próxima vez que empezaran a enzarzarse en una de sus discusiones, debían retirarse inmediatamente al cuarto de baño. Una vez allí, el marido debía quitarse la ropa y echarse en la bañera. La mujer debía sentarse (vestida) sobre la taza. Si podían, debían seguir entonces discutiendo. No pudieron. Empezaron a reírse de lo absurdo de la situación. Tras un cierto tiempo, cuando alguna conversación empezaba a subir de tono, alguno de ellos echaba una mirada al cuarto de baño, y ambos empezaban a reírse, evitándose la pelea.*
  
5. Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja.  
*A una cliente que comía compulsivamente se le dijo que se pusiera sus zapatos favoritos antes de empezar a comer. Esto fue suficiente para interrumpir la pauta y que dejara de darse atracones.*

6. Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja.

*A una adolescente, harta de oír los sermones de su padre sobre su mala conducta, se le dijo que los grabase en una cinta y que cuando llegara el momento adecuado, se adelantara a su padre poniéndole la cinta con el sermón grabado.*

7. Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños.

*A unos cónyuges se les dijo que sólo podían pelearse por escrito. El tendría 5 minutos para escribir su parte, luego debía pasar el papel a su mujer para que ella pudiera escribir la suya.*

8. Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.
- Una pareja a punto de divorciarse pidió terapia a Bill. Ambos coincidían en que el marido era un "adicto al trabajo", que constantemente incumplía sus promesas de volver pronto a casa tras el trabajo. Cuando llegaba a casa a las 8 y media o 9 de la tarde (su horario era de 9 a 5) su mujer le recibía invariablemente con insultos y se peleaban. El empezó a llegar a casa cada vez más tarde, con la esperanza de que ella estuviera dormida y de que así pudiera evitar la pelea nocturna. Su único día libre era el domingo, que habitualmente pasaba durmiendo o viendo la televisión en una butaca del salón. Ella se quejaba de que no era ése el tipo de compañía que esperaba de un marido. Los domingos ella prefería visitar a sus padres o a los de él; él solía quejarse y trataba de quedarse en su cómoda butaca. Admitía que podía estar en casa a las 8 de la tarde, independientemente de los imprevistos que surgieran durante su jornada laboral. Acordaron que a partir de entonces ella ya no le echaría nada en cara cuando llegase tarde a casa tras el trabajo. Sin embargo, ella anotaría cuántos minutos pasaban de las 8 hasta que él llegaba. Al final de la semana, ella haría recuento del tiempo y él debía pasar*

*ese tiempo visitando a la familia, sin refunfuñar. Pronto empezó a ser muy puntual a la hora de llegar a casa.*

### *Intervención sobre el patrón del contexto*

Cuando el hecho de abordar la queja a través de la intervención sobre el patrón no tiene resultado o no es aconsejable, se pueden alterar las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan la queja. Este tipo de intervención consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. Por ejemplo, puede que una persona que se harta de comida evite salir con los amigos los días que ha comido demasiado. Aunque no salir con los amigos no está directamente relacionado con el hecho de comer compulsivamente es un patrón que lo acompaña y que puede modificarse mediante la asignación de tareas. Se le puede decir que los días en que crea que se va a hartar, debe insistir en salir con los amigos. Puede que otra "bulímica" nunca se arregle los días que se harta de comer. Se le podría decir que, si cree que va a darse un atracón, debe vestirse primero con sus mejores ropas, maquillarse y arreglarse el pelo, y comer después, si es que aún siente la necesidad de hacerlo. Aunque estos patrones regulares que acompañan la queja no están directamente involucrados con ella, alterarlos puede producir un cambio en el contexto de la queja, llevando a su resolución. El terapeuta debe pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente.

Con frecuencia se considera que los enfoques individuales e interpersonales se contraponen. O se es un terapeuta "sistémico" o se es un terapeuta "individual lineal". En nuestro enfoque, sin embargo, no hay ningún conflicto entre ambos. El concepto unificador de "patrón" es el que supera la (supuesta) brecha. Lo que ambos enfoques tienen en común es el descubrimiento y la modificación de los patrones de acción que rodean a la queja. Si

se evitan las hipótesis causales, funcionales, u otras hipótesis explicativas, no tiene por qué haber conflicto. Se considera irrelevante cómo y por qué se constituyeron los patrones, qué significado o función tienen, y demás especulaciones de este tipo, que nos apartan de la tarea principal: la de descubrir las pautas de acción e interacción que rodean la queja y modificarlas. Esto incluye aspectos tales como quién está presente cuando se da la queja y lo que otros (no implicados directamente) dicen o hacen respecto a la queja con la persona o personas directamente incluídas.

En el caso siguiente se hizo una intervención sobre el patrón, pero tuvo un efecto interpersonal. La intervención cambió el patrón contextual, eliminando así la queja:

*La mujer apareció en la consulta de Bill y dijo que necesitaba ayuda porque odiaba a su hija. Tal y como la describió la madre, la muchacha parecía un demonio. Tenía otros dos hijos, con los que se llevaba bien, uno menor que la "chica problema" y otro mayor. El padre de la chica no consideraba que tuviese ningún problema. Sin embargo, la madre contó que cuando el padre no estaba en casa, su hija le echaba miradas de odio y se le enfrentaba por cualquier cosa. Había terminado por odiar a la muchacha y se sentía culpable por ello. Quería saber si Bill podía hacer algo para ayudarla a cambiar sus sentimientos respecto a la chica y para reformar a la muchacha. Era reacia a llevarla a consulta porque tanto su marido como su hija pensaban que no existía ningún problema. Bill le dijo que grabara a su hija una cinta, especialmente durante sus peleas matutinas, cuando la madre trataba de que sus hijos fueron al colegio y el padre no estaba presente. Debido a las vacaciones de Navidad, se concertó la siguiente entrevista para un mes más tarde. La madre debía traer la cinta para que Bill pudiera revisarla y darle alguna orientación.*

*Cuando volvió un mes más tarde, la madre tenía pocas cosas de interés en la cinta. Dijo que durante unas semanas había*

*estado tan ocupada con las actividades navideñas que no había tenido ocasión de comprar cintas vírgenes para hacer la grabación. Finalmente, un día que la hija estaba particularmente insoportable, decidió que lo haría de todas formas y grabaría en una cinta vieja. Cuando sacó el cassette y lo puso en funcionamiento la hija se dio cuenta y preguntó para qué era. Cuando la madre explicó que era para un terapeuta al que estaba yendo, la hija se negó a hablar. Al principio la madre se sintió un poco frustrada, pero luego lo vio como una bendición. Empezó a poner el cassette cada vez que la hija le daba problemas, y éstos desaparecían inmediatamente.*

*Bill comentó lo divertida que le resultaba la situación, pero dijo que para aconsejarla, necesitaría una cinta de la hija. Se fijó otra sesión para un mes más tarde. Por supuesto la madre volvió a aparecer con una cinta sin interés. Confesó que ocasionalmente había puesto en funcionamiento el cassette incluso cuando se le había acabado ya la cinta, simplemente para que su hija dejara de portarse mal. No había habido problemas durante ese mes, y su hija y ella empezaban a llevarse mejor.*

*Tras una breve discusión se la mandó a casa con instrucciones solemnes de conseguir algo jugoso para Bill en la cinta del mes siguiente. Cuando la madre apareció al mes sin nada jugoso, Bill constató la inutilidad de sus esfuerzos, y la madre y él acordaron que la situación había mejorado tanto que ya no eran necesarias más consultas. La madre dijo que durante el último mes se había dado cuenta de que tal vez ella hubiera sido parte del problema, porque al escuchar las grabaciones que había hecho, había advertido que siempre hablaba a su hija con más consideración cuando el cassette estaba puesto, porque sabía que Bill lo escucharía. Bill estuvo de acuerdo en que dos no pelean si uno no quiere, pero desechó todo eso, ahora que el problema había desaparecido, como especulaciones irrelevantes.*

### PRESCRIPCIONES DE SOLUCIONES; FORMULAS PARA EL CAMBIO

Un aspecto especialmente interesante del trabajo de los equipos del BFTC y de Milán es el desarrollo de determinadas intervenciones que parecen ser eficaces para resolver problemas muy diversos. En otras palabras, se emplea la misma tarea para iniciar cambios en problemas tales como mojar la cama, fobia a la escuela, o dificultades maritales. El equipo del BFTC denomina a estas intervenciones “tareas de fórmula”, mientras que la “prescripción invariable” se refiere a una tarea de fórmula desarrollada por el grupo de Milán. Lo que nos llama la atención no son tanto las propias tareas, sino la idea de que los terapeutas no necesitan saber mucho sobre la dinámica de las dificultades para ayudar a resolverlas. Las características específicas del patrón problema parecen no estar relacionadas con el proceso de solución.

Más adelante describiremos varias intervenciones de fórmula que nos han resultado de utilidad a lo largo de los años. Aunque las tareas invariables pueden estar orientadas tanto al problema (es decir, diseñadas para interrumpir la secuencia de la queja), como a la solución (es decir, diseñadas para desarrollar soluciones y recursos preexistentes), las prescripciones de soluciones que se describen aquí fomentan nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambios en el futuro. Están diseñadas para orientar la atención de los clientes hacia las soluciones. Esto es un cambio de la “forma de ver” la situación.

### *Tarea de fórmula de la primera sesión*

Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos (a mí me) gustaría que observaras, de modo que puedas describirnoslo (describírmelo) la próxima vez, lo que ocurre en tu (elíjase una de las siguientes: familia, vida, matrimonio, relación) que quieres que continúe ocurriendo.

DE SHAZER, 1985, pág. 137

Esta tarea, que describimos en el capítulo 1, se desarrolló en el BFTC y ha demostrado su utilidad por igual con individuos, parejas y familias. Hubo un tiempo en el que el equipo del BFTC empleaba en muchos de sus casos esta intervención al final de la primera sesión, de ahí el nombre.

Esta tarea tiene varios aspectos interesantes. Como hemos mencionado antes, los clientes no esperan que el terapeuta les pregunte sobre lo que va bien, así que a veces quedan sorprendidos por esta petición. Con esta tarea, van a casa con sus "gafas de-buscar-cosas-positivas" y, para sorpresa suya, suelen descubrir bastantes cosas que quieren que continúen. Tal vez algunas de estas cosas valiosas estuvieran ocurriendo ya, pero simplemente pasaban desapercibidas antes de que la tarea dirigiera la atención de los clientes hacia los lugares adecuados.

El otro aspecto interesante en cuanto a la forma en que los clientes responden a esta tarea es que, aunque no se les pide que hagan algo nuevo o diferente, los clientes suelen hacer precisamente eso: "pasar una nueva página" y modificar su comportamiento. Cuando se da esta intervención a un miembro de la pareja o familia, otros miembros de la familia advierten los cambios (también llevan las "gafas de-buscar-cosas-positivas") y reaccionan cambiando a su vez.

Desde el punto de vista clínico, lo más interesante de estas conductas nuevas y diferentes es que, por lo general, constituyen precisamente los cambios necesarios para resolver el problema. Adviértase que a los clientes no se les manda modificar nada, y

mucho menos reciben información específica respecto a cómo resolver el problema. De alguna forma, y sin ninguna orientación, saben exactamente lo que deben hacer. Sospechamos que la información sobre excepciones, soluciones y recursos que emerge durante las sesiones centradas en las soluciones ofrece a los clientes todos los datos necesarios para emplear la tarea de la primera sesión de la forma más provechosa.

Cuando los clientes vuelven a la segunda sesión se les pregunta: "Bien, ¿qué está sucediendo que os gustaría que siguiera sucediendo?" El lenguaje de soluciones tanto en la intervención como en la pregunta de seguimiento indica que el terapeuta está seguro de que suceden cosas positivas y de que han sido advertidas. Una vez que se han descrito las cosas positivas, el terapeuta hace una serie de preguntas presuposicionales para generar información acerca de las excepciones (véase capítulo 5). Esto sirve para amplificar y mantener los cambios.

#### LA TAREA DE LA SORPRESA PARA PAREJAS O FAMILIAS

Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres (cónyuge, en terapia de pareja). No les digas qué es. Padres, vuestra tarea consiste en adivinar qué es lo que ella está haciendo. No comparéis vuestras notas; haremos eso en la próxima sesión.

Esta tarea introduce un poco de azar en las pautas que caracterizan a las relaciones: las cosas se vuelven más impredecibles. De nuevo, tal y como sucedía en la tarea de la primera sesión, los clientes fijan su atención en nuevas conductas. Aquellos que están intentando nuevas conductas no tendrán que preocuparse de que sus esfuerzos pasen desapercibidos.

Esta tarea tiene cierto carácter lúdico. Por lo general, los clientes sonrían inmediatamente cuando se les explica la tarea de la sorpresa. Hace cambiar el contexto de sus dificultades: lo que

tal vez haya sido una batalla o una guerra durante meses o años adquiere ahora un carácter lúdico. (Resolver problemas puede ser divertido.) Si los clientes demuestran durante la sesión tener sentido del humor, el éxito de esta tarea está casi garantizado.

Cuando los clientes vuelven a la sesión siguiente, en vez de preguntar a la persona A lo que hizo para sorprender a los demás, preguntamos a la persona B: “¿Qué cosas has notado que ha hecho A durante esta semana?” y viceversa. Por lo general se describen más de dos sorpresas, y a veces a A se le atribuye algo que no había hecho con la intención de “sorprender”. A veces la persona A se calla, aceptando la sorpresa que le atribuyen, y así todos salen ganando. Habitualmente hay risas cuando se comparan las notas. Y lo que es más importante, las “sorpresas” que se llevaron a cabo suelen convertirse en soluciones.

### *La tarea genérica*

Una vez que los clientes han descrito cuál sería su objetivo, incluso si les ha resultado difícil concretar, es posible emplear su lenguaje para diseñar una intervención que cree la expectativa de cambio. Por ejemplo, si un cliente quiere “mayor paz espiritual”, sugiérole: “Fíjate en lo que haces esta semana que te da mayor paz espiritual”. O si un cliente quiere sentirse con “mayor control de su vida”, sugiérole: “Fíjate qué haces esta semana que te hace sentir con mayor control sobre las cosas”. Podemos sugerir que los clientes anoten sus observaciones, o simplemente que vuelvan preparados para contarnos sus descubrimientos. Obviamente, esta tarea presupone que entre las sesiones se producirán conductas deseables, y suelen producirse. Otra ventaja de esta tarea es que los clientes que se expresan en términos vagos vuelven habiendo definido con mayor claridad sus objetivos.

## HIPNOSIS ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

La mayoría de las personas, incluyendo a los terapeutas, tiene una imagen de la hipnosis que proviene de la representación de la hipnosis tradicional en los medios de comunicación. El poderoso y carismático hipnotizador con el reloj oscilante y su mirada penetrante “somete” al sujeto y le programa para hacer o decir algo.

Aquí queremos dar otra imagen de la hipnosis, basada en el trabajo de Milton Erickson y ajustada a una orientación hacia las soluciones. Gran parte de la terapia centrada en las soluciones se desarrolló a partir de Erickson que usó la hipnosis en muchos de sus casos. Parte de su trabajo con la hipnosis constituía una labor de búsqueda, dirigida a encontrar el significado, la función o el origen “inconsciente” del problema, pero otra gran parte estaba orientada directamente hacia las soluciones. En círculos ericksonianos se ha popularizado la expresión “acceder a los recursos inconscientes”.

Ya hemos mencionado una de las técnicas hipnóticas de Erickson, la “pseudo-orientación en el tiempo”, que fue un claro precursor del trabajo centrado en las soluciones. Además, Erickson borró los límites entre terapia hipnótica y no hipnótica. Desarrolló una técnica de trance “naturalista” que no requería un ritual obvio de inducción al trance. A veces ni siquiera decía al cliente que estaba empleando la hipnosis. Esto es de gran relevancia para nuestro trabajo en terapia centrada en las soluciones, ya que indica que las “sugestiones” hipnóticas no necesitan el ritual de inducción al trance para tener efecto.

En la hipnosis orientada a las soluciones pretendemos despertar capacidades que el cliente ya tiene, pero que no ha empleado en el contexto del problema. En terapia no hipnótica centrada en las soluciones nos centramos en los puntos de vista o acciones que los clientes pueden usar conscientemente para alcanzar sus objetivos, mientras que en la hipnosis orientada hacia las soluciones nos ocupamos de las experiencias automáticas, accio-

nes que están más allá del control deliberado de la persona. Por ejemplo, si, sin estar en trance, te piden que insensibilices alguna parte de tu cuerpo, normalmente no eres capaz de conseguirlo deliberadamente. En la hipnosis, por alguna razón, muchas personas pueden insensibilizar partes de su cuerpo. Esto es lo que llamamos una habilidad involuntaria. La hipnosis es muy útil para generar este tipo de capacidades que están más allá del control consciente y deliberado.

¿Cómo se evocan estas habilidades? Una forma es simplemente hablar de experiencias que pertenecen a la misma clase de soluciones que se quieren evocar. Por ejemplo, si la clase de solución que ayudaría a la persona afligida es “la relajación”, el terapeuta podría hablar sobre los momentos en los que el cliente se tiende en una bañera llena de agua caliente y después se siente muy relajado; tal vez se mencionen unas vacaciones o un masaje en la espalda. Otra forma es sugerir de forma permisiva que la persona tiene la capacidad de relajarse. Esto no es lo mismo que la sugestión hipnótica autoritaria tradicional, que habitualmente indica al sujeto que se *relaxará* o que *está* relajado. En este enfoque orientado hacia las soluciones se dice al cliente que se *puede* relajar. A menudo esto supera cualquier “resistencia” y permite al cliente encontrar sus propios medios para solucionar el problema. El terapeuta se limita a sugerir (tal y como le encanta decir a uno de nuestros colegas, “¡Sólo soy un hipnotizador, así que esto es sólo una sugerencia!”); es cosa del cliente aceptar o no.

*Un hombre que estaba en terapia debido a sus dolores de cabeza en racimo, los describía diciendo que eran como migrañas, excepto que venían en grupos. Una fase podía durar días, semanas o meses, con un fuerte dolor de cabeza tras otro. El paciente nunca sabía cuánto durarían. “Los llaman dolores de cabeza del calibre 45”, dijo señalándose la sien, “porque cuando tienes uno te dan ganas de volarte la tapa de los sesos”. Habéndolos padecido durante muchos años, había terminado*

por agotar todas las posibilidades de cura que le ofrecía la medicina. Tras mandarle a diversos especialistas, su médico le había dicho que ya no tenía nada que ofrecerle desde un punto de vista médico. Su hija, que había oído sobre el uso que Bill hacía de la hipnosis para las cefaleas, animó a su padre a pedirle ayuda, aunque se mostraba muy escéptico respecto a esta técnica.

Tras inducir un trance (aunque el hombre nunca creyó haber estado en trance en ninguna de las sesiones del tratamiento), Bill le dijo que sabía varias cosas sobre sus dolores de cabeza, pero que no sabía que las sabía. Una de ellas era que ya sabía muy bien cómo eliminarlos. Lo sabía porque había tenido muchos dolores de cabeza y de alguna forma los había hecho desaparecer. Su organismo, continuó Bill, sabía exactamente cómo crear una cefalea y cómo eliminarla. Puesto que, al tener tanta experiencia era un maestro en eliminar fuertes dolores de cabeza, podría emplear sus "conocimientos inconscientes" (ya que, desde luego, conscientemente no tenía ni idea de cómo lo había hecho) para eliminar de inmediato el dolor, si es que alguna vez se iniciaba algún otro.

También sabía otra cosa que no sabía conscientemente, le dijo Bill. Conocía la pauta que seguían sus dolores de cabeza. El cliente le había dicho que siempre empezaban con una sensación intensa en un punto de la cara. Luego ese punto de dolor se extendía hasta convertirse en un dolor de cabeza plenamente desarrollado. Bill le dijo que su mente inconsciente podría cambiar ese patrón de alguna forma para romper la rutina del dolor.

Bill le dijo que tenía todas esas capacidades y más, pero que no había forma de saber cuáles serían más útiles, con qué rapidez podía encontrar alivio, y si el alivio sería total o sólo parcial. Al final de la primera sesión, el cliente seguía sin convencerse de la utilidad de este enfoque y estaba seguro de no haber estado en trance.

Volvió sólo gracias a la insistencia de su mujer y de su hija, que le convencieron de que una sesión no era suficiente para

*averiguar si aquello funcionaba. En la segunda sesión, volvió a pensar que se había quedado dormido y que no había estado en estado de trance. Sin embargo, tuvo una experiencia importante tras esa sesión: salió del despacho con un inicio de cefalea y cuando se sentó tras el volante de su coche en el aparcamiento, el intenso punto de dolor que habitualmente precedía a las cefaleas se disipó y desapareció de su rostro. Cuando volvió a suceder lo mismo al día siguiente, supo que los dolores de cabeza habían sido eliminados. Volvió dos años más tarde a una sesión "recordatorio" al sentir que las cefaleas volvían. El seguimiento indica que tres años más tarde sigue sin cefaleas.*

Otro uso de la hipnosis centrada en las soluciones es ayudar a recordar experiencias que puedan servir como referencia para desarrollar las habilidades necesarias para resolver la dificultad presentada. De nuevo esto contrasta con el empleo tradicional de la hipnosis, en el que se anima a los clientes a recordar experiencias traumáticas y elaborarlas.

*La joven había pasado por toda la gama de pruebas y tratamientos médicos y psicológicos, pero seguía siendo incapaz de alcanzar el orgasmo. En estado de trance, Bill le sugirió que tal vez habría tenido un orgasmo en alguna ocasión, pero que quizás no hubiera sido consciente de haberlo tenido, debido a su falta de experiencia en esa cuestión. Ella contestó sin dudar que ahora recordaba que una noche había tenido un orgasmo mientras dormía. (Cuando se le había hecho la misma pregunta fuera del trance había dicho que nunca había tenido un orgasmo.) Tras haber recordado durante el trance el orgasmo nocturno se convenció de que era posible que ella tuviera orgasmo, lo que finalmente la llevó a tenerlos con regularidad, primero mediante la masturbación, después con una pareja.*

A veces, cuando la terapia ha alcanzado un punto muerto, inducimos un trance y preguntamos al cliente qué hay que hacer

para avanzar o resolver el problema presentado. Muchas veces, clientes que no supieron darnos ninguna ayuda consciente, son capaces, durante el trance, de decirnos cómo ayudarles.

Estas experiencias han reforzado nuestra idea de que los propios clientes son los expertos en resolver sus problemas. De todos modos, el terapeuta debe tener la habilidad suficiente para crear un contexto que provoque la pericia de los clientes y les ayude a emplearla en sus vidas. En este caso, la pericia del terapeuta consiste en crear el contexto para un trance orientado a las soluciones.

Al igual que en nuestro trabajo no hipnótico, en la hipnosis centrada en las soluciones hacemos mucho uso de la presuposición. Erickson tenía una forma favorita de presuposición que llamaba la "ilusión de alternativas". Esta técnica consiste en dar a elegir al cliente entre varias alternativas, que producen igual el resultado deseado.

*Erickson trató a un chico de 12 años que mojaba la cama. En primer lugar, Erickson le orientó hacia el futuro hablando de lo grande y alto que sería cuando fuera un hombre. Se preguntó en voz alta si sería más alto o más fuerte que su padre. El muchacho se dejó llevar por esta imagen y entonces Erickson se lanzó a un monólogo que se convirtió en una inducción naturalista al trance. Le dijo al chico que ese día era lunes; ¿pensaba que podría tener la cama siempre seca a partir de la noche siguiente? El no lo creía, le dijo; tampoco lo creía el chico, ni nadie con dos dedos de frente lo creería. ¿Creía que podía tener la cama constantemente seca a partir del miércoles? De nuevo, Erickson tenía grandes dudas. De hecho, no creía que el chico fuera a tener la cama seca esa semana. También esperaba que estuviera mojada el próximo lunes, dijo Erickson, pero había una cosa que le tenía confuso. ¿Tendría el chico por casualidad seca la cama el próximo miércoles, o sería el próximo jueves? El chico tendría que esperar hasta la mañana del viernes siguiente para averi-*

*guarlo. Se dijo al niño que el próximo viernes por la tarde informara de qué día había sido. Cuando el chico volvió la semana siguiente, le dijo a Erickson, rebosante de alegría, que se había equivocado. No había sido el miércoles o el jueves, sino los dos días.*

*Erickson replicó que tener seca la cama sólo dos días seguidos no era tener la cama siempre seca. Volvió a preguntarse en voz alta si, puesto que estaban a mediados de enero, el chico sería capaz de aprender a tener la cama siempre seca a final de mes. Suponía que no podría aprenderlo tan rápido y recordó al muchacho que febrero era un mes corto. No sabía si empezaría a tener siempre seca su cama el 17 de marzo, día de san Patricio, o el 1º de abril. Erickson dijo que el chico tampoco lo sabía, pero había una cosa de la que estaba seguro, subrayó, y era que no era asunto de su incumbencia, ni sería nunca asunto de su incumbencia, cuándo había de empezar a estar seca la cama del muchacho (Rossi, 1980, vol. 1, págs. 416-417).*

Erickson comentó que quería reorientar al chico. “No quería que pensara en una cama mojada. Quería que pensara en un futuro remoto y las cosas que podía hacer, en vez de pensar: ¿qué voy a hacer esta noche? Mojar la cama” (pág. 417).

Este caso ilustra la orientación hacia el futuro que tenía Erickson, y su empleo de la presuposición y de la expectativa para crear soluciones. Dio al muchacho la ilusión de alternativas al darle a elegir entre miércoles y jueves y entre el 17 de marzo y el 1º de abril. Orientó al chico hacia la meta centrando sus pensamientos en la cama *seca* y en cuándo la tendría seca *siempre*. Además devolvió la responsabilidad al chico y a sus recursos, al decirle que nunca sería asunto de su incumbencia cuándo había de empezar a tener la cama siempre seca.

El propósito de la hipnosis orientada a las soluciones no es ayudar a los clientes a tener *insight* acerca de sus recuerdos reprimidos o a liberar eventos traumáticos, ni programarles con

conductas nuevas y más positivas. Al contrario, su propósito es estimular y emplear procesos, recuerdos y experiencias mediados de forma inconsciente, para resolver las quejas de los clientes y crear la expectativa de cambio.

## 7. AMPLIAR Y MANTENER EL CAMBIO

### MANTENER LA BOLA EN MOVIMIENTO

Habitualmente los terapeutas nos preguntan: “No me resulta difícil ayudar a iniciar el cambio, pero luego las cosas llegan a un punto muerto o incluso empiezan a ir cuesta abajo. ¿Qué es lo que hacéis para que sigan los cambios?”

#### RESPUESTA A LAS RESPUESTAS DEL CLIENTE: LA SEGUNDA SESION Y LAS SESIONES SIGUIENTES

Habitualmente empezamos la segunda sesión y las siguientes comprobando los resultados de la tarea. Nuestra pregunta inicial es una pregunta presuposicional cuidadosamente formulada: “Así que ¿qué ha sucedido que te gustaría que continuara sucediendo?”, o “¿qué observaste que estaban haciendo y que te daba mayor confianza en ti mismo?”, o “¿qué cosas positivas has estado haciendo esta semana?” No preguntamos: “¿Hiciste la tarea?”, o “¿qué tal te fue la tarea?” u “¿observaste alguna cosa buena que sucediera esta semana?” Al igual que todas las preguntas presuposicionales, nuestra pregunta inicial expresa nuestra certeza de que han hecho la tarea y de que han sucedido cosas buenas; además es específica y no vaga. Las preguntas más específicas llevan a los clientes por caminos más productivos.

Una vez que los clientes dan a nuestra pregunta inicial alguna

respuesta positiva, hacemos las preguntas sobre las excepciones descritas en el capítulo 5. Esto amplía los cambios. Usamos los verbos en pasado cuando investigamos las diferencias entre las cosas positivas que sucedieron entre la primera y la segunda sesión y las ocasiones del pasado en las que solía darse el problema: “¿Cómo conseguiste que sucediera?” “¿De qué forma hizo esto que las cosas fueran de otra manera?” “¿Quién más se dio cuenta de que las cosas iban bien?”, etcétera.

Hablamos el mayor tiempo posible sobre los cambios y los aspectos positivos de esos cambios. Al trabajar con parejas o familias es bastante fácil mantener la conversación en marcha durante la mayor parte de la sesión, puesto que se pregunta a todos qué impacto tuvieron los cambios positivos en su vida.

Aun a riesgo de simplificar en exceso, podemos dividir a los clientes en tres grupos, según la cantidad de cambio experimentado entre la primera y la segunda sesión. Los hay que al volver informan de una semana milagrosa, una “cura en una sesión”. Todo fue muy bien, mucho mejor de lo que se hubieran atrevido a imaginar. Llamamos a éste el “grupo del milagro”. La segunda categoría es el “grupo así-así”: han tenido una semana mejor que las anteriores, pero sigue habiendo muestras de que el problema aún no está completamente resuelto. El tercer grupo no informa de ningún cambio, o quizá de un retroceso. Llamamos a éste el grupo de “igual o peor”.

La estructura de la segunda entrevista y de las siguientes depende de la magnitud del cambio entre sesiones que describen los clientes. A continuación ofrecemos un “árbol de decisiones” para guiar a los clínicos a la hora de ampliar y mantener los cambios que han iniciado sus clientes.

### *El grupo del milagro*

Tal y como señalamos al principio de este apartado, animamos a nuestros clientes a que hablen del cambio con todo el detalle

y durante todo el tiempo que sea posible. Esto es una tarea muy sencilla cuando se han producido milagros entre las sesiones. A los clientes les gusta y están deseosos de comentar sus logros. Al final de la sesión tanto el terapeuta como los clientes deberían tener una imagen clara de cuáles son los cambios, cómo se han producido, y, lo que es más importante, qué debe ocurrir para que continúen produciéndose. Se debería dirigir la siguiente pregunta a cada uno de los presentes (si es que hay más de un cliente): “¿Qué tienes para hacer para que los cambios persistan?”, o “¿qué necesita hacer ella para...?”

He aquí otra pregunta importante que aumentará la probabilidad de que se produzcan cambios: “¿Hay alguna cosa que pudiera ocurrir en las próximas semanas y que pudiera ser un obstáculo para mantener estas cosas positivas?” Si contestan que no, estupendo. Si la respuesta es afirmativa, pregunta: “¿Cuál sería ese obstáculo?” Anímalos entonces a describir detalladamente cómo perciben la posible dificultad. Pregunta luego: “¿De qué otra forma la abordarás en esta ocasión?” (Obsérvese una vez más el empleo de las palabras “podría”, término condicional, y “aboardarás”, un término definitivo.) Habitualmente los clientes reflexionan un momento y luego ofrecen un plan razonable. Si tienen dificultades para plantear una forma creativa de manejar la situación, suelen ser bienvenidas las sugerencias del terapeuta. Para no pasar ninguna otra cosa por alto resulta útil preguntar: “¿Hay alguna otra cosa que podría aparecer de repente y crear problemas?” Repite esta serie de preguntas hasta que tengas la sensación de que no queda ningún cabo suelto. Muchos clientes comentan que cuando surgen dificultades es una buena ayuda tener un plan preparado.

Incluso en el grupo del milagro hay escépticos; y con razón. Basándose en sus experiencias anteriores, mucha gente considera necesario protegerse de la decepción que supondría un rápido deterioro de la situación. El miedo es que “igual que viene, se va”. Este tipo de gente dice: “Él ya ha seguido nuestras normas durante cierto tiempo en ocasiones anteriores, pero después simplemente

pasa de ellas”, o “ya me ha pasado otras veces que he dormido bien varias noches, pero luego mi insomnio ha vuelto con más fuerzas que nunca”.

Esto no es “resistencia” o pesimismo irrazonable; al contrario, constituye información muy útil. Ahora la misión del terapeuta es descubrir el patrón anterior de antibajos. El siguiente diálogo ilustra este proceso.

*Terapeuta:* Anteriormente, cuando obedecía vuestras normas, ¿durante cuánto tiempo se portaba bien antes de volver a las andadas?

*Cliente:* Dos o tres semanas.

*Terapeuta:* De acuerdo. Así que si se comportara durante tres semanas y media o cuatro, ¿sería eso diferente?

*Cliente:* Sí.

*Terapeuta:* ¿Entonces tendrías que plantearte si esta vez las cosas son realmente diferentes? ¿Empezarías a pensar que tal vez en esta ocasión los cambios se van a mantener?

*Cliente:* Supongo que sí.

Aquí, el método consiste en añadir sólo un pequeño intervalo de tiempo al período más largo en el que las cosas fueron bien en el pasado, y preguntar si eso sería una diferencia que marca una diferencia. En caso afirmativo, el “cuando hayan pasado tres semanas y media”, servirá como un “marcador de contexto”: “Esto significa que los cambios van a mantenerse”.

En este caso, en vez de esperar a que las cosas vuelvan a ir mal, tal y como hacían en el pasado, los clientes pueden relajarse y esperar a que los cambios continúen. Si el intervalo temporal que indica el terapeuta no parece suficiente como para constituir una diferencia para el cliente, se le pide que defina él mismo el límite temporal. Naturalmente, esto puede requerir también un proceso de negociación para asegurarse de que el objetivo es alcanzable.

Por norma, no solemos predecir recaídas o vueltas atrás,

porque nos preocupan las profecías autocumplidoras. Además, la mayoría de las veces estas predicciones no son necesarias ni apropiadas. Sin embargo, si las cosas han sido "perfectas" y por alguna razón nuestra opinión clínica es que podría haber un retroceso, podríamos decir: "Me preocupa que, puesto que todos los días han sido 'perfectos', cuando tengas un día que sea solamente 'normal' puedas pensar equivocadamente que las cosas están volviendo hacia atrás. Todos pasamos por momentos buenos y malos, independientemente de lo bien que las cosas vayan en general". Esto normaliza y previene cualquier posible dificultad.

Al final de la sesión del milagro preguntamos a menudo a nuestros clientes si quieren concertar otra entrevista. En ocasiones ya se sienten satisfechos con los resultados y no quieren más sesiones. Sin embargo, la mayoría de las veces fijamos otra entrevista para una o dos semanas más tarde. Quizás incluso la llamemos una sesión "de seguimiento". Como en la primera sesión, comentamos todos los cambios; también podemos sugerir que sigan buscando señales de que estos cambios se van a mantener.

### *El grupo "así-así"*

Tras la pregunta: "Bien, ¿qué cosas positivas sucedieron esta semana?" (o alguna variante), algunos clientes empiezan a describir las dificultades con las que se enfrentaron durante ese período. Les interrumpimos educada pero firmemente y sugerimos: "Espera un momento... volveremos sobre esto en un minuto. Primero me gustaría que me contaras qué cosas positivas ocurrieron". Redirigir la sesión en este punto es importante por varias razones. En primer lugar, los clientes generalmente pueden recordar los momentos agradables de la semana anterior y, a menudo, estos ratos agradables superan en mucho a los desagradables. Esto cambia entonces la perspectiva de los clientes

respecto a la importancia de los momentos "no tan buenos" que parecen menos relevantes al final de la sesión. La charla sobre los buenos momentos proporciona un contexto excelente en el cual discutir más adelante las dificultades. En segundo lugar, queremos que los clientes sepan que el camino más directo hacia las soluciones es examinar lo que está dando resultado. Los clientes reciben el mensaje de que ésta es la información que necesitamos para ayudarles de la manera más eficaz.

Cuando se haya concluido el análisis de los recursos y las soluciones, podremos preguntar: "Bien, ¿qué te preocupaba?" Nos dan una descripción de lo que queda del problema y luego preguntamos de nuevo sobre las excepciones: "¿De qué otra forma lo abordaste esta vez?" Si continúa existiendo un problema, seguiremos la línea centrada en los problemas descrita en el capítulo anterior, para diseñar una intervención sobre el patrón que sea adecuada y efectiva.

Con este grupo podemos emplear la pregunta de la escala, un instrumento terapéutico desarrollado en el BFTC que ha demostrado un inapreciable valor a la hora de mantener y ampliar el cambio (Lipchik, 1988, págs. 113-114 y E. L. Rossi, comunicación personal). Se pide a los clientes que valoren, sobre una escala de 1 a 10, su situación antes de venir a terapia (o en cualquier momento en el que las cosas no estuvieran yendo bien). Después se les pide que valoren la última semana en la misma escala. Finalmente, se les pregunta en qué lugar de la escala tendrían que situarse para sentirse satisfechos. La tercera pregunta proporciona a los clientes la oportunidad de reconocer que las cosas no tienen que ser perfectas para ser satisfactorias.

Así, si una cliente valora su vida con un "2" antes de la terapia y con un "6" la semana anterior, y dice que necesitaría un "8" para sentirse satisfecha, preguntamos "¿Qué cosa o cosas puedes hacer la semana que viene para llegar a un 6 y medio o un 7?" Queremos asegurarnos de que lo que se identifica es alcanzable. Una tarea útil, cuya estructura recuerda a las tareas de fórmulas, y que amplía la pregunta de la escala es: "De aquí a la próxima vez que

nos veamos, observa y toma nota de todas las ‘cosas 7’ que estás haciendo”.

### *El grupo “igual o peor”*

Cuando los clientes informan que las cosas han seguido igual o que han empeorado, no aceptamos este informe sin más, sin una ulterior investigación. Sucede como cuando, ante un tribunal, el abogado protesta porque el testigo está sacando conclusiones. Volvemos a la evidencia, es decir, preguntamos qué cosas concretas relacionadas con la queja sucedieron entre las sesiones y qué actitud se tomó ante ellas.

*Tras una consulta inicial, un cliente con dolores volvió a la segunda sesión informando que no había habido ningún cambio. Cuando Bill le pidió que describiera más específicamente cómo, qué y cuándo había sentido dolor en las últimas semanas, resultó que había cambiado la hora del día en que se daba el dolor. Hasta entonces había sentido siempre el dolor por las noches. Ahora se producía invariablemente por las mañanas. Recordando que el cliente se había quejado de perder mucho sueño debido a que el dolor le mantenía despierto por las noches, Bill le preguntó si había dormido mejor. El hombre contestó que últimamente dormía bien. Bill señaló que, en su opinión, el cliente había llegado con dos problemas, insomnio y dolor. Ya se había librado de la mitad de su problema, el insomnio, y había hecho un cambio importante en el otro, el dolor (porque había cambiado el patrón). Ahora todo lo que quedaba por hacer era continuar con el cambio hasta que alcanzara un alivio significativo del dolor.*

Una terapeuta en formación estaba observando la sesión con este cliente. Después le dijo a Bill que al principio de la entrevista la terapia le había parecido desesperanzadora, pero que al oír

hablar a Bill había empezado a ver las posibilidades de cambio de la situación y a sentirse animada.

Ocasionalmente, los clientes insisten en que sigue habiendo un problema que les amenaza. Los esfuerzos por redirigir la sesión son inútiles. Cuando esto sucede desandamos el camino recorrido y nos planteamos si nos falta alguna información esencial.

A veces, cuando estamos atascados, resulta útil preguntarnos “¿Quién es, al fin y al cabo, el que tiene este problema?” Anderson, Goolishian, Pulliam y Winderman (1986), que han desarrollado un enfoque que denominan “terapia de los sistemas determinados por el problema”, sostienen que las personas que deberían ser tenidas en cuenta en terapia son aquellas que piensan que existe algún problema que les afecta a ellas o a otra persona. Las personas dispuestas a “comprar” el cambio son aquellas que perciben que hay un problema (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Son las que están motivadas a ver cambios y habitualmente también son las que tendrán que considerar que se ha producido un cambio y/o que ya no hay un problema.

Cuando no estamos haciendo ningún progreso en la terapia, volvemos a las preguntas básicas:

1. ¿Quién es nuestro cliente? ¿Quién se está quejando de algo? ¿Quién quiere que haya algún cambio? ¿Quién percibe algún problema?
2. ¿Cuál es el objetivo? ¿Cuándo sabremos que lo hemos alcanzado?

A veces tenemos que cambiar de estrategia a mitad de la entrevista, cuando averiguamos que quien está en nuestro despacho no es el cliente. Tal vez nuestro cliente sea el consejero escolar, ya que es él quien cree que hay un problema. En ese caso, podríamos llamar al consejero y realizar una entrevista centrada en las soluciones. Podríamos empezar pidiendo al consejero que nos ayudara diciéndonos cómo sabrá que la familia ha sacado provecho de la terapia y debería dejar de venir.

A veces nos encontramos con que estamos trabajando con alguien que no es un cliente y que además no está motivado para cambiar. O estamos entrevistando a alguien que no percibe ningún problema. Muchos "clientes involuntarios", incluyendo los enviados por juzgados y colegios, pertenecen a esta categoría. Las técnicas orientadas a las soluciones pueden ser útiles con este grupo de clientes, pero a veces no hay nada que motive a las personas que no quieren estar en nuestro despacho, que no quieren nuestra ayuda, y que no creen tener un problema. Michele trabaja bastante con clientes enviados por la escuela y el juzgado, y suele encontrar la forma de conseguir su cooperación y convertirlos en personas dispuestas a comprar el cambio.

Otro modo de abordar situaciones en las que los clientes informan no haber cambiado o haber empeorado es considerar al terapeuta y a la terapia como parte del problema y no como parte de la solución. De la misma forma que los individuos, parejas y familias repiten patrones inútiles de pensamiento y acción, los terapeutas y clientes crean a menudo pautas inútiles que siguen repitiendo. Si es éste el caso, intentamos cambiar nuestra parte del patrón terapéutico. Podríamos hacer algo inesperado, hacer una pausa en la terapia, pedir a otros miembros de la familia que asistan a las sesiones, o cambiar de algún modo nuestra estrategia o nuestro estilo. A veces, cuando los clientes informan que las cosas no cambian o empeoran, lo más útil es devolver la pelota a los clientes y pedirles que nos convenzan de que el cambio es realmente necesario o deseable.

En nuestra descripción de la primera sesión (capítulo 5) señalamos que, cuando los clientes responden negativamente a nuestros esfuerzos por mantener una actitud positiva y orientada hacia las soluciones, a veces adoptamos un enfoque pesimista. Lo mismo sucede en la segunda entrevista y posteriores. Ya que en cuanto terapeutas somos parte del sistema del cliente, observamos cuidadosamente cómo responden nuestros clientes a las interacciones terapéuticas. Si nosotros decimos "negro" y ellos dicen "blanco" puede que también ocurra que, al volvernos nosotros

pesimistas, ellos se vuelvan más optimistas. Además de observar los patrones de interacción durante la sesión, nos fijamos en los patrones intersesiones. Dicho llanamente, cuando los clientes responden a una tarea directa haciendo lo opuesto a lo sugerido, el terapeuta puede utilizar esta pauta de respuesta asignando tareas que sugieren hacer lo opuesto de lo que podría esperar el cliente (de Shazer, 1985; Haley, 1963; Rossi, 1980).

Erickson era famoso por su uso de la técnica de los "beneficios no percibidos". Le gustaba introducir un punto de vista nuevo en las parejas en las que el hombre era impotente. Les decía que el hombre había hecho un gran cumplido a su mujer. Cuando la pareja parecía sorprendida, explicaba que muchos hombres jóvenes se sienten abrumados por la belleza de sus mujeres y responden de esta manera. Aunque esto a muchos pueda parecerles excesivamente ingenuo, parece que las parejas que atendía lo aceptaban y eran capaces de superar (por así decir) esta dificultad.

En general, mantenemos y ampliamos los cambios en terapia al continuar atentos a las soluciones. Esperamos que salgan a la luz los recursos y las habilidades; si no aparecen rápidamente, los buscamos. Si siguen sin aparecer, persistimos hasta que vemos o creamos una apertura para el cambio. Si eso falla, cambiamos nuestra forma de pensar y nuestra línea de conducta. Tal y como ha escrito Alan Watts: "Ante problemas que se mantienen persistentemente insolubles, debe siempre sospecharse que las preguntas están mal planteadas" (1966, pág. 55). Si seguimos sin tener éxito, pedimos ideas a nuestros colegas sobre cómo cambiar nuestra forma de pensar y nuestra estrategia terapéutica. Si eso no tiene resultado, nosotros o el cliente terminamos por desistir. Como observó en cierta ocasión el ilustre filósofo W. C. Fields: "Si no tienes éxito a la primera, inténtalo, inténtalo de nuevo. Después, abandona. No vale la pena seguir haciendo el idiota".

En las siguientes páginas presentamos dos descripciones completas de casos para dar al lector una imagen global de los elementos comentados en los últimos tres capítulos.

## COSAS DEL CORAZON

*Sesión 1*

*Bonnie era una mujer de 55 años que llamó para pedir hora debido a los ataques de pánico que sufría siempre que su querida amiga de 70 años se marchaba del pueblo o no estaba localizable por teléfono. De hecho, fue su amiga quien sugirió que Bonnie nos llamase, ya que le preocupaba la dependencia de Bonnie, puesto que ella “no viviría siempre”.*

*Como suele hacer, Michele mantuvo una pequeña charla antes de ahondar en las razones por las que Bonnie pedía tratamiento. Durante este proceso, aunque no le preguntaron por su familia, Bonnie reveló que su padre había muerto siendo ella un bebé y que su madre, a la que quería mucho, había fallecido hacía dos años. Bonnie estaba orgullosa de que, durante los dos últimos años de la vida de su madre, había insistido en que su madre fuera la encargada de preparar las comidas de la familia, porque pensaba que esta tarea había alargado la vida de su madre al darle una razón por la que seguir viviendo. También añadió que su hijo de 25 años, completamente sano, había muerto en un absurdo accidente de trabajo. Habitualmente esta parte inicial de la primera sesión no contiene este tipo de información.*

*Michele inició entonces la entrevista preguntando: “Bien, ¿qué te trae por aquí?”, Bonnie replicó: “Cada vez que mi amiga se va del pueblo, o cuando no puedo contactar con ella, tengo una reacción de pánico. Mi corazón empieza a latir muy de prisa y me siento mal. Me ha venido pasando unos 5 años..., pero durante el último año y medio he estado mucho mejor”.*

*El resto de la sesión se dedicó a investigar lo que Bonnie hacía para que las cosas estuvieran “mucho mejor”. Comentó diversas técnicas que había desarrollado a lo largo de los años, y que incluían mantenerse ocupada, decirse a sí misma que iba a estar bien cuando notaba que su corazón empezaba a acelerarse,*

*trabajar, etc. Bonnie informó que todos estos métodos parecían darle resultado.*

*Puesto que la discusión respecto a la forma de superar sus miedos había ocupado la mayor parte de la sesión, Michele le preguntó por qué había decidido acudir a la entrevista. Al parecer, a su amiga le preocupaba que Bonnie no fuera capaz de cuidar de sí misma en el momento inevitable de su muerte. Bonnie admitió que esto le producía muchísimo miedo. A continuación exploraron qué otras cosas llenaban la vida de Bonnie, además de estar con su amiga. Estar con su marido e hijos y ser muy activa en los grupos de la comunidad satisfacía muchas de sus necesidades.*

*Más adelante, cuando Bonnie habló del "malestar que sentía en su interior" cuando su amiga se iba del pueblo, Michele le dijo que no lo entendía muy bien y explicó que su propia madre trabajaba en Europa, y que cada vez que la visitaba y después se volvía a marchar, Michele sentía también un "malestar en su interior". Sin embargo, Michele no lo llamaba una "reacción de pánico" sino que lo llamaba "soledad" o "echar de menos" a su madre. Michele preguntó si Bonnie no habría confundido los dos sentimientos sin darse cuenta, puesto que solía tener ataques de pánico. Bonnie reflexionó sobre esta distinción durante un buen rato y dijo: "Nunca lo había visto de esa forma".*

*Al final de la sesión Michele elogió a Bonnie por lo bien que estaba afrontando su malestar y por todos los métodos que había desarrollado por su cuenta para sentirse mejor. También mencionó que no era sorprendente que sintiera ese malestar cuando alguien a quien quería no estaba cerca, teniendo en cuenta las malas experiencias que había tenido en la vida: perder a su padre siendo niña, el reciente fallecimiento de su madre y la muerte de su hijo en la flor de la vida. De hecho, le impresionaba mucho lo bien que se desenvolvía Bonnie en estas circunstancias.*

*Michele dejó a Bonnie con una última idea. Le dijo que había aplicado con su amiga la misma filosofía que había empleado con*

*su madre. Dándole la razón con respecto a que las personas necesitan un objetivo en la vida que le dé un sentido, Michele demostró a Bonnie cómo ella había dado sentido a la vida de su amiga al ayudarla a sentirse querida y necesitada. Esto añadió un giro totalmente inesperado al final de la sesión, ya que Bonnie, hasta entonces, se había sentido tan dependiente y desvalida.*

*Como tarea, se pidió a Bonnie que se fijara en qué hacía para superar la tentación de llamar a su amiga o dejarse llevar por el malestar cuando éste se producía. Debía fijarse en qué cosas hacía en vez de ceder al malestar. Se fijó otra sesión para dos semanas más tarde.*

## *Sesión 2*

*Bonnie entró sonriente en la sala, diciendo que apenas había tenido oportunidad de practicar, ya que sólo había habido una ocasión en la que se había sentido incómoda. Su amiga había prometido que llamaría a una hora determinada y no lo había hecho. Bonnie trató de llamarla pero la línea estaba ocupada. Tras esperar un cuarto de hora volvió a intentarlo; seguía comunicando. Empezó a preocuparse. En vez de que su preocupación desembocara en un "ataque de pánico", Bonnie hizo otras cosas, según dijo: "Me pillé hablándole a mi pájaro y a mi perro. Luego me pillé haciendo solitarios. Realmente dio resultado, me serené mucho. Antes, a la media hora me hubiera puesto histérica. Me dije a mí misma que, puesto que estaba lloviendo, podían estar mal las líneas telefónicas, o que quizás la estaba llamando su hijo desde California".*

*Aparte de este único incidente, Bonnie tuvo dos buenas semanas. Se describió a sí misma diciendo que tenía más confianza en sí misma en general (y dio varios ejemplos de ello), que veía las cosas de forma más optimista y positiva (esperaba que pasaran cosas positivas) y que hacía cada cosa a su tiempo, todo ello actitudes y conductas nuevas en ella. Se encontró con*

que se reía bastante y estaba más relajada de lo que había estado en mucho tiempo. Sus amigos del coro decían que había vuelto a ser "la Bonnie de antes". Incluso su amiga había advertido los cambios y parecía contenta.

Al preguntarle a qué pensaba que se debían los cambios, dijo que había estado pensando mucho en lo que Michele había dicho sobre que era ella la que "ayudaba" a su amiga y no a la inversa. Eso había supuesto un gran cambio para ella.

Al final de la sesión Michele le dijo que estaba muy impresionada por todos los cambios y que estaba contenta por lo bien que se había desenvuelto en la incómoda situación que había atravesado. Michele admitió que no sabía si concertar o no otra entrevista, y Bonnie dijo que llamaría si era necesario. Michele sugirió que a partir de entonces se fijase en las cosas que pasasen que la convencieran de que iba a seguir siendo la "Bonnie de antes". Le pareció bien y añadió que la última sesión parecía 15 sesiones por lo mucho que había progresado. Por lo tanto, Michele señaló que dos sesiones le parecían como si hubiera tenido 30. Se rió y dijo que le apetecía salir brincando y saltando del despacho, ¡y eso fue lo que hizo!

## EL MAÑANA DE ANNIE

### Sesión 1

Annie, de 28 años, entró en el despacho de Michele con un pañuelo en la mano; había estado llorando en la sala de espera. Al preguntársele: "¿Qué te trae por aquí?", respondió entre lágrimas, y con una voz apenas audible: "Mi vida se está derrumbando". Pasó a explicar que su novio acababa de romper con ella y que estaba llevando muy mal este rechazo. Dijo que estaba siempre llorando y deprimida. Sus frases eran inconexas y mantenía poco contacto visual.

Tras una breve descripción del problema, inmediatamente

Michele le preguntó: "¿Qué es diferente en los momentos en que manejas bien esta situación?" Respondió, sin dudar, que en el trabajo se sentía bien. Puesto que Annie trabajaba a jornada completa, Michele le comentó que le iba bien al menos 40 horas a la semana, una gran parte de su vida. Michele también comentó que sentirse bien 40 horas a la semana está muy lejos de estar deprimida "siempre", tal y como había explicado al principio. Annie estuvo de acuerdo.

Puesto que Annie había identificado una excepción importante al problema presentado (sentirse bien 40 horas a la semana), Michele siguió en esta línea: "¿Cuándo, aparte del trabajo, manejas bien las cosas?" Annie contestó que le resultaba muy agradable el tiempo que pasaba con su hijo de 5 años, y que en esos ratos no tenía oportunidad de rumiar sobre su ex novio. Además, por las mañanas estaba demasiado apurada de tiempo llevando a su hijo a la guardería y yendo al trabajo como para preocuparse por su ruptura.

Por eliminación quedó claro que el único rato en el que Annie se sentía abatida era por la tarde, durante un período de dos horas, después de que su hijo se había acostado y antes de irse ella a la cama. Incluso admitió que al menos dos noches por semana no se sentía mal. Un cálculo rápido reveló que, en vez de estar deprimida "todo el día", estaba, en realidad, abatida sólo 10 horas por semana. En cuestión de 5 minutos su percepción de la situación se había modificado de forma significativa.

Entonces Michele preguntó: "¿Qué es diferente las dos noches por semana en que no estás pensando en Sam?" Dijo que esas noches conseguía mantenerse ocupada visitando a un vecino, cosiendo, o visitando parientes. Ella y Michele acordaron que mantenerse ocupada era absolutamente esencial para ella mientras volvía a ver las cosas con mayor perspectiva.

La siguiente serie de preguntas se centró en otras formas de mantenerse ocupada: "¿Qué haces para divertirte?", le preguntó Michele. Contestó que se divertía poco. Siendo madre soltera de un hijo de 5 años se sentía a menudo abrumada por la

*responsabilidad y pasaba largas temporadas sin relacionarse con los demás o sin participar en actividades gratificantes o que redujeran su estrés. Comentó que su familia no la ayudaba a la hora de cuidar al niño. Había perdido contacto con sus amigos desde que se había empezado a preocupar tanto por la relación con su ex novio. Además, la mayor parte de sus antiguas amistades se dedicaba a ir de copas, una actividad en la que ya no quería participar.*

*Michele sintió curiosidad y preguntó si Annie había tenido y superado un problema con la bebida. Annie le dijo que había participado como interna en un programa de tratamiento el año pasado y que desde entonces, exceptuando uno o dos pequeños retrocesos, había conseguido no beber. Michele empleó esta información para destacar otro de los lados fuertes de Annie, señalando que no había recurrido a la bebida durante esta época estresante.*

*Finalmente, Michele preguntó: “¿Cuál será la primera señal de que las cosas están en vías de solución?” Annie contestó que, en vez de pensar en su ex novio durante las noches, tendría pensamientos agradables. Se diría a sí misma: “Todo saldrá bien”.*

*Tras una pausa para consultar con el equipo, Michele transmitió el siguiente mensaje a Annie: “El equipo está muy impresionado de que hayas venido aquí para resolver esta situación de una vez por todas. También nos impresiona todo lo que estás haciendo: mantener un trabajo a tiempo completo, ser una buena madre, ser una madre soltera sin mucho apoyo, y seguir sin beber pese a todo esto. Nos asombra la cantidad de cambios por los que has pasado recientemente: dejar antiguas amistades, romper con tu novio y dejar el alcohol. Eso es mucho cambio en poco tiempo. ¡No es extraño que a veces las cosas parezcan fuera de control! Necesitamos algo más de información y tenemos una tarea para ti. Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, queremos que observes y te fijas en lo que es*

*diferente las tardes en las que sabes, Annie, que las cosas van a salir bien”.*

## *Sesión 2*

*Annie entró con un aire de confianza que llevó a Michele a pensar que había tenido una buena semana. Sus sospechas se vieron confirmadas; Annie dijo que había tenido una “semana fantástica”. Cuando le preguntó: “Bien, ¿qué fue diferente las tardes en que sabías que las cosas iban a salir bien, y qué hiciste para que la semana fuera fantástica?”, Annie replicó que había salido todas las noches con su hijo y que lo había pasado realmente bien. Fue a cenar a casa de una vecina amiga suya en dos ocasiones. También estuvo paseando calle abajo para saludar a un joven del barrio que le había gustado. Este hombre estaba reparando su coche cuando ella apareció, pero hizo una pausa para charlar con ella y con su hijo. También había ido a visitar a algunos familiares esa semana y los encontró comprensivos y simpáticos. Esto le resultaba especialmente sorprendente. Cuando se le preguntó: “¿Cómo te explicas la diferencia en su conducta?”, respondió: “Supongo que me siento mejor y por eso soy más sociable con ellos”. Su madre incluso se había ofrecido a cuidar al niño.*

*Además, Annie había sacado su vieja máquina de coser y empezado a coser de nuevo, algo que no había hecho durante mucho tiempo. Se llevaba mejor con su hijo. Estaba orgullosa de que sus compañeros de trabajo le hubieran pedido ayuda y de que se la estuviera teniendo en cuenta para un ascenso.*

*Debido a sus logros, Annie valoró la semana con un “8” en la escala de 1 a 10, y dijo que se sentía más relajada. Finalmente, añadió que no había llorado ni una sola vez durante esos días. Ese fue el aspecto más sorprendente de la semana.*

*Tras la reunión, el equipo la felicitó por sus continuos cambios y se los enumeró. Puesto que estaba tan entusiasmada con todos*

sus logros (había tenido una "semana fantástica") el equipo expresó su preocupación porque, en el caso de que tuviera simplemente un día "normal", ella podría pensar que estaba retrocediendo y que volvía a estar como al principio. Ella aseguró inmediatamente que eso no pasaría. Después el equipo le dijo estar impresionado por el hecho de que ella supiera qué hacer para mantener las cosas en un "8". La tarea era una continuación del último elogio: "Fíjate en las cosas que hagas en las próximas dos semanas y que valores con '8'". Se concertó otra sesión para dos semanas más tarde.

### Sesión 3

Michele comenzó la entrevista con: "¿Bien, cuáles son las 'cosas 8' que has estado haciendo estas dos semanas?" Annie dijo: "Todo ha sido '8' ". Sacó dos folios en los que estaban minuciosamente anotados los eventos de la semana. Había estado con amigos y familiares, iniciado un programa de gimnasia, disfrutaba en el trabajo y había empezado a salir con el joven al que había conocido y que vivía en su calle. Tras tan sólo dos semanas, su relación era ya muy buena. A su hijo también parecía gustarle él. Annie estaba encantada de haber salido de su concha con tanta rapidez.

En el transcurso de las dos semanas había superado también un auténtico peligro para sus recientes progresos. Un tío suyo que vivía en otro Estado se había suicidado. Aunque esto la había afectado, la reconfortaba la capacidad que había demostrado para ponerse en contacto con amigos y familiares que la consolaron.

Michele preguntó: "¿Quién, aparte de ti, se da cuenta de lo bien que lo estás haciendo?" Annie contestó enseguida que su jefe le había comentado sus progresos. Antes de la sesión, Annie había dicho a su jefe que seguramente la terapeuta le diría que "se perdiera".

*Tras la pausa, el equipo dijo a Annie: "¡Eres una chica sorprendente! ¡¡¡Todos ochos!!! Realmente controlas tu vida y sabes exactamente qué hacer para que siga adelante. Sólo nos queda una cosa que decirte: ¡piérdete!"*

## 8. EL CAMINO EQUIVOCADO

### COSAS A EVITAR EN TERAPIA

La mayor parte de este libro se ha centrado en lo que se puede hacer para que la terapia sea más eficaz. Aquí nos centraremos en lo que se debe evitar en terapia, algunas trampas en las que los terapeutas que supervisamos caen a menudo. Si el terapeuta permanece en el camino de las soluciones, todo va bien. Sin embargo, si se desvía de la carretera principal, la terapia puede dar un giro poco provechoso, quedar atascada en la ciénaga de la patología, o entrar en callejones sin salida, sin soluciones a la vista. Nos gustaría poner señales de aviso que eviten a los terapeutas discurrir por caminos "equivocados". Ponemos equivocados entre comillas porque lo que ofrecemos es simplemente un mapa basado en nuestra experiencia, y porque todos sabemos que los mapas pueden quedarse desfasados al cambiar el territorio, o resultar poco útiles si contienen información irrelevante para la meta (por ejemplo, tener un mapa topográfico es poco útil para recorrer las calles de una gran ciudad).

NO SABER A DONDE IR, NI CUANDO SE HA LLEGADO;  
IR DE TURISTA

Con frecuencia nuestros colegas y otros clínicos que conocemos durante nuestros seminarios nos consultan los casos difíciles.

Tras una pequeña introducción sobre el tratamiento seguido, solemos preguntar al terapeuta: “¿Cuáles son los objetivos de tu cliente?” A menudo se produce una pausa considerable entre nuestra pregunta y la respuesta del terapeuta, lo que indica que los objetivos del tratamiento no están en un primer plano para él. Esto es desafortunado, porque si no sabes a dónde vas, ¿cómo sabrás cuándo has llegado? ¿Cómo sabrás incluso si vas en la dirección adecuada? En palabras del título de un libro: “Si no sabes a dónde vas, probablemente termines en algún otro sitio”.\*

### *Callejón sin salida N° 1: seguir los objetivos del terapeuta*

Así que, si no son los objetivos del cliente los que están guiando al aturdido terapeuta, ¿qué es lo que le guía? A veces son sus opiniones sobre lo que debe cambiar lo que proporciona estructura a las sesiones. Esto no suele tener un resultado demasiado bueno, puesto que los clientes tienden a considerar el tratamiento como no eficaz si no se alcanzan sus objetivos o algún objetivo mutuamente negociado.

*Michele observaba tras el espejo lo que iba a ser la sesión de terminación de uno de sus colegas. Al terapeuta le complacían mucho los avances de la familia: los miembros de la familia cooperaban, hacían todas las tareas e informaban de mejoría en algunas áreas. Precisamente en el momento en que el terapeuta sugería que tal vez hubiera llegado el momento de terminar, sus clientes dijeron: “Hemos constatado mejoría en algunas áreas, pero esto no tiene nada que ver con la razón por la que vinimos aquí en un principio”. Al revisar sus notas tras la sesión, el terapeuta comprobó que, efectivamente, se había desviado sin darse cuenta. Había olvidado los objetivos de la familia y en vez*

\*David P. Campbell, Argus Communications, 1974.

*de ello estaba trabajando según su propio orden de prioridades. Aunque los miembros de la familia siguieron educadamente su plan, no estaban en absoluto convencidos de que hubiera llegado el momento de concluir la terapia. Rascarse el brazo cuando la comezón está en la pierna no alivia el picor.*

### *Callejón sin salida nº 2: empezar con un objetivo vago*

Los problemas, tanto si se les llama síntomas o quejas, deben ser algo que se pueda contar, observar, medir, o constatar de alguna manera que se está influyendo sobre ellos... Una de las razones más importantes por las que se debe especificar claramente el problema es que así el terapeuta podrá saber si ha tenido éxito o no. Presumiblemente, cuando termina el tratamiento, y en una ulterior entrevista de seguimiento, el terapeuta querrá saber con seguridad si ha alcanzado o no sus objetivos terapéuticos.

HALEY, 1976, pág. 41

A veces el problema está en que el terapeuta nunca llega a tener una imagen clara del objetivo del cliente. Puede que la meta se enuncie en términos vagos en vez de descripciones de acciones, por ejemplo: "Que él tenga una mejor actitud", "Que yo tenga más autoestima", o "Que sea más cariñoso conmigo". Puesto que en realidad no se pueden ver cosas como las actitudes, la autoestima, o el cariño, es difícil para el cliente y el terapeuta saber cuándo se está produciendo. Por tanto, no es infrecuente que las personas implicadas tengan la sensación de estar dando vueltas en círculos (puesto que eso es precisamente lo que están haciendo).

### *Callejón sin salida nº 3: perder de vista el objetivo*

Asumiendo que tengamos una imagen clara del objetivo al principio del tratamiento, procuramos no perderlo nunca de vista.

Cuando nuestros clientes hablan de sí mismos describiendo sus pensamientos, sentimientos y acciones, nos preguntamos constantemente: "¿De qué forma se relaciona esto [lo que el cliente esté comentando] con su objetivo?" Considera las consecuencias desastrosas que tendría para un montañero que está escalando la pared de un precipicio distraerse y perder de vista su objetivo final.

Además, para nuestros adentros, clasificamos las cosas de las que nos hablan los clientes en tres categorías generales. Estas categorías son: "orientado a las metas", "orientado al problema" y "por determinar" (Gingerich, de Shazer y Weiner-Davis, 1988, han realizado algunas investigaciones que se corresponden con esta forma de entender la entrevista).

En las afirmaciones orientadas a las metas, los clientes hablan de las cosas positivas que están haciendo y de sus pensamientos y sentimientos al respecto. Nuestra respuesta a estos temas es siempre destacar, ampliar y calificar como dignos de mención estos contenidos mostrando gran interés y entusiasmo.

Cuando se orientan hacia el problema, los clientes hablan del problema presentado, su historia, cómo entienden ellos la dinámica del problema, y su falta de esperanzas en cuanto a la posibilidad de cambio. Nuestra respuesta ante enunciados orientados a los problemas es variable. A veces la respuesta es el silencio, ya que esperamos atentamente comentarios positivos que valga la pena destacar. Más a menudo, reconocemos amablemente lo que acaban de decir y encauzamos educadamente la conversación hacia una dirección más provechosa. En otras ocasiones reestructuramos la descripción del problema de forma inesperada, para ver si la modificación en la percepción que el cliente tiene del problema lleva a una discusión orientada a los objetivos. Si tras la reestructuración el cliente vuelve a hablar del problema se abandona esta alternativa. Si, por otra parte, el cliente responde positivamente, por ejemplo: "Nunca lo había visto de esa forma; eso tiene mucho sentido", entonces hemos entrado en el terreno

de las metas y están indicadas las preguntas orientadas hacia la meta.

Finalmente, a veces es bastante difícil saber si el contenido del tema que se está discutiendo resultará o no productivo. Es decir, ¿considera el cliente aquello de lo que se está hablando algo que facilitará el cambio o algo que lo dificultará, o es simplemente indiferente? La categoría "por determinar" se creó para estos casos.

Cuando tenemos dudas, esperamos y estamos atentos a posibles pistas sobre la utilidad potencial de lo que se está comentando. Preguntar: "¿De qué forma esto (cualquier cosa que se esté discutiendo) te facilitará \_\_\_\_\_ (perder 5 kilos, conseguir esa promoción, llevarte mejor con tu marido)?" ayuda a establecer la relevancia y utilidad de esta información. Si el cliente indica que le ayudará de algún modo, nos anima. Si, por el contrario, dice que el tema en cuestión hará más difícil alcanzar las metas, sugerimos que es útil saber qué evitar para alcanzar los objetivos con rapidez. En este punto la discusión puede acelerarse diciendo: "De acuerdo, así que esto es algo que no te sirve, ¿qué es lo que funciona?"

Hay un último aspecto de la categoría "por determinar". En ocasiones los clientes comentan una conducta o actitud que les parece francamente insignificante, pero que nosotros consideramos orientada a las metas. Nuestra respuesta orientada a la meta, es decir, nuestra curiosidad, interés y entusiasmo ("¡Eso parece realmente distinto de cómo hubieras afrontado las cosas hace dos semanas!"), transforma habitualmente un enunciado neutral en uno positivo y orientado hacia una meta. Cuando esto sucede, los clientes dicen cosas como: "Es verdad, esto es realmente diferente. Se me había olvidado lo que pasaba hace dos semanas".

Lo que resulta evidente de esta descripción es la importancia que damos al hecho de mantenemos centrados y sin desviarnos. Si podemos, evitamos "hacer turismo". A nuestro modo de ver, hacer turismo es preguntar o escuchar información que tal vez sea interesante o estimulante, pero que con toda probabilidad llevará

a un punto muerto o a un camino mucho más complicado hacia una solución.

En cierta ocasión, una persona que participaba en un curso de Steve de Shazer le preguntó cómo resistía la tentación de preguntar a los clientes por cosas que consideraba “jugosas”, ya que según ella había algo de voyeurismo en todo terapeuta. La audiencia se rió con complicidad. El comentó que esos caminos ya no le parecían fascinantes. Lo que le resultaba interesante era hablar del cambio. Nosotros coincidimos con él.

#### HACER LO QUE ANTERIORMENTE NO HA FUNCIONADO

Inicialmente asumimos que saber qué está funcionando y hacerlo más eliminará la dificultad. Es precisamente esto lo que destacamos en nuestro trabajo. Sin embargo, si las cosas no van bien, debemos investigar qué es lo que no da resultado, para evitar repetir soluciones ineficaces.

#### *Punto muerto nº 1*

#### *Repetir los enfoques ineficaces de terapeutas anteriores*

Cuando nuestros clientes indican que han estado en tratamiento con anterioridad, solemos preguntar: “¿Qué cosas fueron inútiles en aquella ocasión, y cuáles no lo fueron tanto?” La respuesta del cliente constituye información muy útil. Si, por ejemplo, nos dicen: “Yo pensaba que mi terapeuta era una buena persona, me gustaba, pero se limitaba a escucharme y nunca me sugirió nada ni me estimuló de ninguna forma”, sabemos que esa persona estaría más satisfecha con un terapeuta directivo y activo durante las sesiones. Reconocer esto nos ayuda a satisfacer sus expectativas y aumentar las probabilidades de un resultado eficaz.

De manera similar, cuando oímos comentarios del tipo: “La terapeuta nos dijo que en realidad teníamos un problema de

pareja, cuando le llevamos a nuestro hijo por una fobia escolar. No estábamos de acuerdo con eso y decidimos no volver”, sabemos que no debemos decir a ese matrimonio que tienen un problema de pareja. Por el momento, las cuestiones referentes a su matrimonio son probablemente temas delicados, y habrá que andar con pies de plomo en esta área.

Obviamente, no hace falta ser un Milton Erickson, ni siquiera un genio de la terapia, para saber qué es lo que no hay que hacer, una vez que se sabe qué cosas fueron negativas de las experiencias terapéuticas anteriores.

### *Punto muerto nº 2*

*Repetir lo que tu cliente ha estado haciendo infructuosamente para resolver el problema*

En cierta ocasión observamos una sesión en la que el terapeuta preguntó a la madre y a su hijo de 12 años qué les traía por allí. La madre respondió: “Ya no me habla. Sé que tiene que haber algo que le preocupa, porque tuvo problemas en el colegio, pero por mucho que intenté hacerle hablar, él sólo contesta con una o dos palabras. Es realmente frustrante”. Una vez que la madre hubo expresado su opinión sobre el tema, el terapeuta pasó los 30 minutos siguientes intentando conseguir que el chico comentara cómo percibía él la situación. ¿Os imagináis qué sucedió? Probablemente no sea ninguna sorpresa que el chico tuviera poco que contar; cuando habló, lo hizo con monoslabos. El terapeuta se sintió atascado y esto reforzó la visión que la madre tenía del problema (una técnica de unión un tanto peculiar).

Cualquier respuesta diferente de la que ya ha demostrado ser ineficaz tiene posibilidades de dar resultado. Repetir durante la sesión los intentos ineficaces de resolución del problema de los clientes o sugerir sin darse cuenta que hagan “más de lo mismo” entre sesiones es diseñar un plan probablemente condenado al fracaso.

*Michele tenía un cliente de unos cuarenta años que tenía dolores de estómago y de cabeza relacionados con el estrés. Diversas consultas médicas permitieron excluir una etiología física. En la primera sesión este hombre entregó a Michele dos folios escritos a máquina en los que enumeraba los diversos métodos que había empleado para liberarse de sus padecimientos. En la lista figuraban aproximadamente unos 75 de ellos. Michele los examinó brevemente y de inmediato se dio cuenta de que si sugería alguna técnica específica para eliminar sus dolencias, la sugerencia se convertiría en el número 76 de su lista (lista que podía llamarse "75 formas de NO curar dolores de cabeza y de estómago").*

*Al contrario, Michele le dijo que las molestias que tenía eran probablemente importantes por alguna razón desconocida, y que necesitaba más información sobre ellas. Sugirió que, en vez de permitirse tener todo el día pensamientos negativos, como hasta ahora, dedicara todas las tardes un período prefijado a dejar que salieran los pensamientos negativos. Entonces debía descubrir qué podría aprender de ellos. Durante la segunda sesión dijo: "He tenido una semana mucho mejor. Lo raro es que cuanto más intentaba tener pensamientos negativos, más difícil me resultaba". A pesar de que Michele no estaba segura de que esa intervención tuviera resultado, sí estaba segura de que otra sugerencia para eliminar los dolores de cabeza y de estómago hubiera sido "más de lo mismo".*

### *Punto muerto N° 3*

*Repetir los consejos bienintencionados  
de familiares y amigos*

Generalmente, antes del inicio de la terapia, los amigos y familiares ya han ofrecido "útiles" sugerencias que por una u otra razón han demostrado ser ineficaces o poco atractivas. Con toda seguridad, tu cliente estará tan receptivo a oír de ti las viejas

sugerencias como lo estuvo con su familia y amigos. A la inversa, lo que a menudo hace falta para ayudar a los clientes a salir de un punto muerto es una sugerencia encuadrada de tal manera que parezca contradecir el mismo antiguo consejo. Si te dicen: "Hablas como mi mujer (mi madre, mi marido, mi jefe)", es que tienes problemas. Ha llegado el momento de cambiar de rumbo.

### NO ATENDER A LAS RESPUESTAS DEL CLIENTE

A menudo, los terapeutas novatos empeñados en practicar a la perfección un nuevo modelo de terapia se concentran tanto en decir la cosa adecuada en el momento adecuado, que se olvidan de observar cuidadosamente las reacciones verbales y no verbales de los clientes. No observan si el cliente está de acuerdo o en desacuerdo, confundido, enfadado o encantado. Se limitan a seguir adelante a ciegas, sin evaluar constantemente si lo que están haciendo tiene o no resultado.

Ningún modelo, técnica o intervención terapéutica es inherentemente útil o inútil. Sólo vale la pena si tiene resultado. Y la única forma de saber si algo funciona en terapia es *observar y escuchar* las reacciones de las personas tanto durante como entre sesiones. Entonces, "si funciona, no lo cambies. Si no, haz algo diferente" (de Shazer, 1983).

Como Milton Erickson, los terapeutas centrados en las soluciones pretenden utilizar las actitudes de los clientes sobre la vida, las relaciones, la terapia, etc., en vez de persuadirles de que sustituyan esos puntos de vista por otros considerados "más sanos". Siguiendo esta máxima, una señal clara de que la terapia va desencaminada es que el cliente no esté de acuerdo con el terapeuta o ponga objeciones a sus comentarios o sugerencias (a no ser que ésta sea la intención del terapeuta). Si el terapeuta no cambia de dirección en este momento, se arriesga a perder al cliente o, al menos, a dificultar el proceso de cambio. Sin

embargo, es difícil juzgar cuándo se producen estos momentos críticos si no estás observando y escuchando a tu cliente.

Aunque los terapeutas experimentados tengan mapas que les orientan, son capaces de adaptarlos y modificarlos según lo que esté ocurriendo en la sesión. Este proceso de ajuste y modificación es similar al de una persona que corta leña con un hacha. Para conseguir su objetivo final de cortar la madera en dos trozos, debe observar constantemente y atentamente el corte que resulta cada vez que golpea con el hacha, corrigiendo así cada nuevo golpe para producir un buen corte en el tronco.

Uno de los riesgos que conlleva ignorar las respuestas de los clientes y no modificar el siguiente movimiento terapéutico es quedarse atascado. Estar "sobrepregado" crea a veces una rigidez en los terapeutas que dificulta la consecución de los objetivos en vez de facilitarla.

*Unos minutos antes de su siguiente sesión una terapeuta pidió que la supervisáramos en un caso difícil. Había estado entrevisando a una familia durante varias sesiones y se sentía atascada. Había desarrollado una intervención bastante elaborada, que planeaba dar a la familia al final de la siguiente sesión. Su plan para el resto de la sesión era crear un contexto en el que la intervención tuviera sentido. Esta terapeuta tenía un mapa bien definido.*

*Cuando los miembros de la familia entraron en la sala de terapia no parecían ser tan "resistentes" como había dicho la terapeuta. De hecho, hablaron de los cambios que habían llevado a cabo esa semana. Sin embargo, como la terapeuta tenía su plan, lo mantuvo, ignorando los comentarios positivos de la familia. Si hubiera reconocido las cosas positivas que estaban sucediendo, hubiera tenido que abandonar su estrategia "innovadora". No estaba preparada para ello. La conversación entre los miembros de la familia se deterioró rápidamente durante la sesión.*

Erickson lo ha expresado muy bien:

La tarea del terapeuta no es hacer proselitismo con el paciente, convenciéndole de sus propias creencias y puntos de vista. Ningún paciente puede comprender realmente la forma de ver las cosas de su terapeuta, ni lo necesita. Lo que hace falta es desarrollar una situación terapéutica que permita al paciente usar su propia forma de pensar, sus propios puntos de vista, sus propias emociones, de la manera que mejor encaje con su estilo de vida (Rossi, 1980, vol. 4, pág. 223).

### REIFICAR LA PATOLOGIA

Los problemas no son algo que la gente tiene o no tiene. Cómo se juzguen los acontecimientos de la propia vida determina si se tiene un "grave problema", un "reto interesante", un "pequeño bache en el duro camino de la vida" o "ningún problema". Creemos que la determinación de la gravedad de las situaciones es influida, conformada y moldeada durante el proceso de la entrevista. Por lo tanto, no llevar a cabo ciertas estrategias centradas en las soluciones reforzará sin duda la idea de que realmente hay un problema y que es complejo e inmanejable. Observando el trabajo de otros colegas, hemos constatado algunas conductas de los terapeutas que parecen aumentar la probabilidad de reificar la patología. Las llamamos pozos ciegos.

#### *Pozo ciego N° 1*

*No advertir ni ampliar conductas, afirmaciones  
y actitudes orientadas hacia las soluciones*

Una pregunta filosófica muy conocida es: "Si un árbol cae en un bosque, y no hay nadie allí que lo oiga caer, ¿hay algún sonido?" De forma similar, las descripciones de soluciones, recursos y excepciones al patrón que pasan desapercibidas para cliente y/o terapeuta parecen disiparse en el aire instantáneamente. A no ser que el cliente etiquete aquello de lo que habla como algo importante y que vale la pena, o que el terapeuta se comporte

de modo que indique al cliente que ese tema es importante y está orientado hacia las soluciones, se pierde la oportunidad de que el cliente lo perciba como algo diferente.

A lo largo de los años nos hemos acostumbrado tanto a escuchar, comentar y preguntar por cualquier cosa que pudiera ser de utilidad a la hora de desarrollar una solución, que vemos una imaginaria pequeña bandera roja que se agita con furia cuando se están comentando estos temas. Nos encontramos pensando: "¡Investiga más ese tema!" Cuando los terapeutas no advierten estas cosas, dificultan su propio trabajo.

### *Pozo ciego N° 2*

#### *No interrumpir afirmaciones o preguntas inútiles*

¿Cómo puedo saber lo que pienso hasta que no vea lo que digo?

O'HANLON Y WILK, 1987, pág. 84

Es en el proceso de hablar en terapia de su situación cuando la mayoría de los clientes empieza a cristalizar sus ideas acerca de la naturaleza y gravedad de sus dificultades. Por lo tanto, es esencial que los terapeutas adopten un papel activo a la hora de estimular a los clientes a explorar temas centrados en las soluciones. Hablar del problema lleva a pensar en el problema, lo que a su vez lleva a hablar más del problema. A no ser que se hable del problema de forma nueva y diferente, se pensará en él de la misma forma anterior. Si pensar en el problema de la forma antigua funcionase, el cliente no estaría en tu despacho.

Nuestra opinión es que hablar de las cosas de determinada manera a menudo clarifica y cristaliza ese punto de vista particular. Muchas personas no están seguras de lo que piensan acerca de algo, hasta que se oyen a sí mismas hablar de ello. Una vez que lo hacen, tienden a pensar que éstos son sus "verdaderos sentimientos" o sus auténticas ideas sobre la situación.

Una forma de evitar la cristalización de problemas o puntos de vista inútiles es la que llamamos "interrupción terapéutica". Es un poco como un abogado ante un tribunal que protesta ante una línea de preguntas que pueda llevar en una dirección perjudicial para el cliente. Lo que hacemos cuando interrumpimos con un comentario o una pregunta es asegurarnos de que el jurado no se incline en la dirección de la patología y los problemas incurables, y que la charla que podría cristalizar esos puntos de vista inútiles no entre en las consideraciones del jurado.

### *Pozo ciego nº 3*

#### *Buscar resistencia*

Un colega de Bill le contó una vez esta historia. Tal vez sea apócrifa, pero ilustra muy bien lo que queremos decir. Dijo que había estado en un grupo de formación y terapia de orientación psicoanalítica. Decidió dejar el grupo cuando se dio cuenta de que si alguien llegaba tarde al grupo, la interpretación era inevitablemente que esa persona tenía resistencia; si alguien llegaba pronto, era ansioso, y si alguien llegaba a la hora en punto, era compulsivo. ¡Se dio cuenta de que no había forma de ganar en este sistema, excepto quizás marchándose, que es lo que hizo!

Todos somos de vez en cuando culpables de atribuir motivaciones negativas a la conducta de las personas. Sin embargo, hacerlo en terapia puede tener graves implicaciones terapéuticas. No creemos que la resistencia sea algo real que ocurre durante el proceso de tratamiento. Es simplemente un rótulo que los terapeutas dan a ciertas conductas del cliente cuando se alcanza una *impasse* terapéutica. Por desgracia, calificar a nuestros clientes de resistentes puede limitar nuestras ideas acerca de posibles soluciones y llevarnos a dejar de emplear a nuestros clientes como colaboradores nuestros en el proceso de cambio.

Los terapeutas centrados en las soluciones prestan atención a los elementos de cooperación en la relación cliente/terapeuta y se

apoyan en estos aspectos más productivos. Ya no “vemos” resistencia, debido a que nuestro campo de visión está lleno de observaciones de lo que los clientes están haciendo para conseguir sus objetivos y cooperar con la terapia. Centrarse en estos aspectos de la situación suele crear un ambiente positivo en el que el terapeuta probablemente tendrá sentimientos genuinamente afectuosos y positivos hacia el cliente y los clientes probablemente sientan lo mismo hacia el terapeuta.

Esto promueve una relación de colaboración que puede facilitar la búsqueda de soluciones y su implementación. Si los clientes plantean objeciones o son reacios a seguir las indicaciones del terapeuta, las consideramos preocupaciones legítimas que deben ser manejadas o incluidas en la discusión.

### COMPLICAR LAS COSAS

Un terapeuta del MRI, Lynn Segal, cuenta una anécdota sobre un amigo, que merece la pena repetir aquí. Este amigo sabía que Lynn era un terapeuta competente, capaz de ayudar a resolver incluso los problemas más difíciles gracias a su inteligencia y capacidad estratégica en su trabajo. Debido a esta reputación, el amigo le preguntó si podría darle algún consejo para resolver el dilema que se le estaba planteando. Estaba seguro de que, gracias a su amplia experiencia en circunstancias difíciles, Lynn sería capaz de ayudarle enormemente. Lynn accedió a intentarlo.

El hombre explicó que durante las últimas dos semanas su vecino permitía a su perro corretear libremente, lo que no hubiera sido un problema de no ser por el hecho de que el perro “deponía” en su jardín. El se preguntaba si Lynn podía sugerir algo realmente “estratégico” para remediar esto.

Lynn reflexionó un momento y respondió: “¿Has intentado hablar con él de esto, decirle cuánto te molesta, y pedirle que ate a su perro?” El vecino admitió que no lo había hecho. Lynn le sugirió que lo intentara antes de buscar complicadas estrategias.

*En este caso, que mencionamos brevemente más atrás, Bill hizo una entrevista de supervisión a una madre y su hija que estaban en terapia con un terapeuta del grupo de supervisión de Bill. Al preguntárseles, ninguna de ellas estaba muy segura de por qué habían ido a la sesión de supervisión, excepto por el hecho de que el terapeuta les había pedido que fuesen. Cuando Bill preguntó qué era lo que las había llevado inicialmente a terapia, la madre informó que la hija había estado acumulando periódicos. Entonces la madre empezó a hacer una descripción detallada de cómo su hija acumulaba cosas obsesivamente desde la infancia (ahora tenía 20 años). Sin embargo, al hacer una entrevista centrada en las soluciones se descubrió que la hija ya no recogía y guardaba periódicos ni cualquier otra cosa de forma problemática. Cuando Bill averiguó esto, empezó a preguntarse en voz alta por qué estaban en terapia, puesto que ya no parecían tener un problema. Ellas estaban igual de perpléjas. Tal vez a su terapeuta, sugirió Bill, le gustase acumular clientes. El supervisor, que escuchaba tras el espejo, recibió el mensaje y empezó a discutir con sus clientes la terminación de la terapia.*

De forma similar, en cierta ocasión se pidió a Michele que hiciera una crítica de un estudio de caso de terapia marital, escrito por un colega que se definía como "terapeuta breve centrado en los problemas" (Weiner-Davis, 1985). Los objetivos de la terapia se definieron al principio del tratamiento. Varias sesiones más tarde se informó de cambios que indicaban que se habían alcanzado los objetivos. A Michele le impresionaron las habilidades terapéuticas del terapeuta, y asumió que el resto del artículo sería una discusión de este enfoque eficaz. Sin embargo, el artículo consistía en el recuento de muchas más sesiones. Finalmente, varios meses más tarde, el terapeuta sugirió vacilante que tal vez ya no fuera necesaria la terapia. Lo que no estaba claro es por qué la terapia había continuado tanto tiempo, teniendo en cuenta que los objetivos de los clientes se habían conseguido muchas semanas antes. El terapeuta había olvidado los objetivos

de la pareja. Además, aunque reconocía que la pareja había mejorado, parecía esperar que proseguir la terapia solidificaría los avances hechos, ya que le preocupaba una posible recaída.

Cuando se alcanzan los objetivos del tratamiento, si nuestros clientes no dicen nada, les preguntamos si tiene o no sentido terminar en ese momento. A veces los clientes quieren hacer otro contrato sobre otro tema nuevo, lo cual está bien. La mayor parte de las veces los clientes están de acuerdo en que es el momento de terminar. Incluso cuando se establece algún nuevo contrato, subrayamos la idea de que se ha completado algo, que han hecho lo que se proponían hacer. Esto da confianza, que a su vez puede ayudar a conseguir nuevos objetivos. Si la terapia pasa el punto de consecución de objetivos sin que el terapeuta dirija la atención del cliente hacia ese hecho, parece (tanto a terapeuta como a cliente) que el problema es imaginario y por tanto irresoluble.

Un motivo por el que los terapeutas no terminan en el momento adecuado es que, incluso cuando ya no hay problemas, los clientes ofrecen detalles de sus vidas que parecen merecer la intervención: una pelea con el cónyuge; un día malo en el trabajo; saltarse, hambriento, una dieta estricta, etc. Sin embargo, todos sabemos que los altibajos son parte natural de la vida. La terapia no pretende ser una panacea para todas las dificultades de la existencia.

## 9. PREPARADOS, FUEGO, APUNTEN

### PONER EN PRACTICA LA TERAPIA ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

En el libro *In Search of Excellence*, Peters y Waterman resumieron las cualidades de las mejores empresas en América. Uno de los principios que empleaban estas compañías era pasar a la acción y averiguar desde el mercado si su enfoque era o no válido. No dedicaban mucho tiempo a hacer estudios de mercado o a crear comités para estudiar los temas y recomendar la línea a seguir. Los autores resumían este principio en una expresión, “preparados, fuego, apunten”.

Eso es lo que esperamos que tú, lector, hagas con este libro. Hemos proporcionado lo que es la parte de “preparados”. Hemos descrito detalladamente un enfoque coherente que proporciona las bases de una forma eficaz y respetuosa de ayudar a las personas a resolver los dilemas por los que acuden a terapia. Es cosa tuya poner en práctica este enfoque y ajustarlo tal y como sea necesario, es decir, tal y como tus clientes te enseñen que hay que ajustarlo: la parte del “fuego” y “apunten”. Para hacer esto tienes que ponerlo realmente en práctica, no estudiarlo solamente en un libro.

Cuando Bill aprendió hipnosis, tardó varios años en dominar esa técnica. Leía libros sobre hipnosis, iba a seminarios, hablaba con colegas de ello, leía algo más, iba a más seminarios, pensaba en practicarla, leía algo más, iba a más seminarios, pensaba de

nuevo en intentarlo, iba a otro seminario, etc., hasta que un día de hecho reunió el valor necesario para intentarlo con un cliente. Para sorpresa suya, la cosa fue bastante bien esa primera vez. Después siguió intentándolo, hasta que gradualmente empezó a sentir que sabía lo que estaba haciendo y que podía obtener buenos resultados aplicándola en su trabajo clínico.

Algunos años más tarde, una estudiante vino a trabajar al Hudson Center, donde trabaja Bill. Su nombre era Audrey Berlin. Audrey era una estudiante brillante y entusiasta que rápidamente aprendió el estilo de trabajo del Hudson Center, donde la mayoría de los terapeutas hace terapia breve y muchos emplean la hipnosis. Cuando se unió al equipo tras su período de prácticas, a Bill le sorprendía oírle hablar de las cosas que ella estaba haciendo en terapia a los seis meses de terminar sus estudios. Estaba haciendo hipnosis y obteniendo buenos resultados; de hecho, Bill había necesitado muchos años para conseguir algunos de los resultados que estaba obteniendo ella. Esto le extrañó, y empezó a prestar atención a qué cosas hacía ella diferentes a él. Observó que cuando ella aprendía algo nuevo, de un libro o en un seminario, solía intentarlo con uno o más de sus clientes a la semana siguiente. Podía decir a sus clientes: "He aprendido esta cosa nueva este fin de semana en un curso sobre hipnosis. ¿Qué tal si lo probamos?" Muchos clientes quedaban intrigados y accedían. En otras ocasiones simplemente seguía adelante y probaba las cosas nuevas que había aprendido.

Bill se dio cuenta de que hay al menos dos estilos principales de llevar a la práctica los nuevos aprendizajes: el "método Bill O'Hanlon", que supone mucha preocupación y reflexión sobre lo aprendido antes de intentarlo realmente, y el método "Audrey Berlin", en el que realmente vas y pruebas lo que acabas de aprender. No sabemos qué método emplearás para averiguar si lo que hemos escrito en este libro te da tan buen resultado como hemos dicho. Pero podemos decirte que Bill ha abandonado el "método Bill O'Hanlon" y es ahora un seguidor convencido del

“Audrey Berlin”. Ya se ha dicho bastante. Ahora lo que nos gustaría que hicieras es centrarte en las ocasiones en que has tenido los mejores resultados en terapia: ¿Qué cosas diferentes hiciste en esos casos? ¿Cómo conseguiste que sucediera?

## BIBLIOGRAFIA

- Achterberg, J. (1985): *Imagery in healing*, Boston, New Science Library.
- Anderson, H., Goolishian, H., Pulliam, G. y Winderman, L. (1986): "The Galveston Family Institute: Some personal and historical perspectives", en D. Efron (comp.), *Journeys: Expansions of the strategic-systemic therapies*, Nueva York, Brunner/Mazel, págs. 97-122.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1979): *Frogs into princes*, Moab, UT., Real People Press.
- Bateson, G. (1972): *Steps to an ecology of mind*, Nueva York, Ballantine.
- Bergman, J. (1985): *Fishing for barracudas*, Nueva York, Norton. [Trad. esp.: *Pescando barracudas*, Buenos Aires, Paidós, 1987, 1a. ed.]
- Birch, J. y Piglet (1986): "Clandestine courage training: Discovered", *Dulwich Centre Newsletter*, primavera, pág. 10.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987): *Milan systemic family therapy*, Nueva York, Basic Books.
- Burnham, J. R. (1966): "Experiment bias and lesion labeling", manuscrito inédito, Purdue University.
- Cousins, N. (1983): *The healing heart*, Nueva York, Norton.
- Coyne, J. (1985): "Book review of *The process of change*, de Peggy Papp", *Family Therapy Networker*, marzo/abril págs. 60-61.
- Deissler, K. (1986): "Recursive creation of information: Circular questioning as information production", manuscrito inédito.
- de Shazer, S. (1982): *Patterns of brief family therapy*. Nueva York, Guilford.
- de Shazer, S. (1984): "The death of resistance", *Family Process*, 23(1), 11-17, 20-21.
- de Shazer, S. (1985): *Keys to solution in brief therapy*, Nueva York, Norton. [Trad. esp.: *Claves para la solución en terapia breve*, Buenos Aires, Paidós, 1986.]

- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986): "Brief therapy: Focused solution development", *Family Process*, 25(2), 207-222.
- de Shazer, S. (1987): "Minimal elegance", *Family Therapy Networker*, septiembre/octubre, 59.
- de Shazer, S. (1988): *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton.
- Erickson, M. (1966): "Advanced Psychotherapy", transcripción inédita de la grabación de una conferencia.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L., (1982): *Tactics of change*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Fish, J. (1973): *Placebo therapy: A practical guide to social influence in psychotherapy*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Gingerich, W., de Shazer, S., y Weiner-Davis, M. (1988): "Constructing change: A research view of interviewing" en E. Lipchik, *Interviewing*, Rockville, MD, Aspen, págs. 21-22.
- Gleick, J. (1987): *Chaos: Making a new science*, Nueva York, Viking.
- Haley, J. (1963): *Strategies of psychotherapy*, Nueva York, Grune & Stratton.
- Haley, J. (1973): *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, M. D., Nueva York, Norton.
- Haley, J. (1976): *Problem solving therapy*, Nueva York, Harper & Row.
- Haley, J. (1982): "The contribution to therapy of Milton H. Erickson, M. D.", en J. Zeig (comp.), *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. Nueva York, Brunner/Mazel.
- Haley, J. (1984): *Ordeal therapy: Unusual ways of changing people*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Haley, J. (1985): *Conversations with Milton H. Erickson, M. D.*, Nueva York, Triangle, 3 vols.
- Haley, J. (1987): "Therapy: A new phenomenon", en J. Zeig (comp.), *The evolution of psychotherapy*, Nueva York, Brunner/Mazel.
- Keeney, B. (1983): *Aesthetics of change*, Nueva York, Guilford.
- Lipchik, E. (1986): "The purposeful interview", *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5(1/2), 88-99.
- Lipchik, E. y de Shazer, S. (1988): "Purposeful sequences for beginning the solution-focused interview", en E. Lipchik, *Interviewing*, Rockville, MD, Aspen, págs. 105-117.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1981): *Family therapy techniques*. Cambridge, MA, Harvard University Press. [Trad. esp.: *Técnicas de terapia familiar*, Barcelona, Paidós, 1984, 1a. ed.]
- Naisbitt, J. (1982): *Megatrends*, Nueva York, Warner Books.
- O'Hanlon, B. (1982a): "Strategic pattern intervention", *Journal of Strategic and Systemic Therapy*, 1(4), 21-25.

- O'Hanlon, B. (1982b): "Splitting and linking", *Journal of Strategic and Systemic Therapy*, 1(4), 26-33.
- O'Hanlon, W. H. (1987): *Taproots: Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis*, Nueva York, Norton. [Trad. esp.: *Raíces profundas*, Buenos Aires, Paidós, 1989.]
- O'Hanlon, B. y Wilk, J. (1987): *Shifting contexts: The generation of effective psychotherapy*, Nueva York, Guilford.
- Papp, P. (1984): "The creative leap", *Family Therapy Networker*, 8(5), 20-29.
- Peters, T. y Waterman, R. (1982): *In search of excellence: Lessons from America's best-run companies*, Nueva York, Harper & Row.
- Rabkin, R. (1977): *Strategic psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.
- Rosen, S. (comp.) (1982): *My voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson*, Nueva York, Norton. [Trad. esp.: *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*, Buenos Aires, Paidós, 1986, 1a. ed.]
- Rosenthal, R. (1966): *Experimenter effects in behavioral research*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts.
- Rossi, E. (1980): *Collected papers of Milton Erickson on hypnosis*. Nueva York, Irvington, 4 vols.
- Rossi, E., Ryan, M. y Sharp, F. (1983): *Healing in hypnosis*, Nueva York, Irvington.
- Rossi, E. y Ryan, M. (1986): *Mind-body communication in hypnosis*, Nueva York, Irvington.
- Rouse, J. (1985): "Commencement Address", *Johns Hopkins Magazine*, octubre, 12.
- Schmidt, G. y Trenkle, B. (1985): "An integration of Ericksonian techniques with concepts of family therapy", en J. Zeig (comp.), *Ericksonian psychotherapy: Volume II. Clinical applications*, Nueva York: Brunner/Mazel, págs. 132-154.
- Stewart, S. y Anderson, C. (1984): "Resistance revisited", *Family Process*, 23(1), 17-20.
- Suzuki, S. (1970): *Zen mind, beginner's mind*, Nueva York, Weatherhill.
- Szasz, T. (1961): *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*, Nueva York, Hoeber-Harper.
- Tomm, K. (1987): "Interventive interviewing", *Family Process*, 26(2), 167-183.
- Watts, A. (1966): *The book: On the taboo against knowing who you are*, Nueva York, Pantheon.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974): *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, Nueva York, Norton.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974): "Brief therapy: Focused problem resolution", *Family Process*, 13(2), 141-168.

- Weiner-Davis, M. (1984): "Strategies of motherhood", *Family Therapy Networker*, mayo/junio, 47-48.
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S. y Gingerich, W. (1987): "Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study", *Journal of Marital and Family Therapy*, 13(4), 359-363).
- Zeig, J. (1982): *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*, Nueva York, Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (1985): *Experiencing Erickson*, Nueva York, Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (1987): *The evolution of psychotherapy*, Nueva York, Brunner/Mazel.

## INDICE TEMATICO

- abuso de niños, 56  
Achterberg, Jeanne, 44, 45, 56  
adaptarse al lenguaje del cliente, 71, 72-7  
adoptar la modalidad sensorial, 77  
afirmaciones orientadas a las metas, 180, 181  
afirmaciones orientadas a los problemas, 180  
alcoholismo, casos de, 76-7, 173  
alucinaciones, 26  
Allen, Woody, 21  
amnesia, 26, 28  
Anderson, C., 40  
Anderson, H., 165  
*Annie Hall*, 21-2  
ataques de pánico, caso de, 167-70  
ataasco terapéutico, 154, 164-6  
"resistencia" y, 189
- Bandler, R. 25, 77  
Bateson, Gregory, 48  
Berg, Insoo Kim, 36  
Bergman, J., 40  
Berlin, Audrey, 194  
Birch, J., 97  
Bodin, A., 31  
Boscolo, L., 118
- Burnham, J. J., 44, 45
- Campbell, David P., 178 *n*  
Cecchin, G., 118  
Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) 25, 32-6, 54, 116, 119, 136, 147, 148, 163  
*Claves para la solución en terapia breve*, 35  
clientes involuntarios, 165, 6  
Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI), 25, 29-31, 32, 51, 54, 59, 67, 116, 123, 125, 190  
co-creación de problema resolubles, 62-70  
co-creación de realidades, 63-7  
lenguaje y, 79-80  
comer compulsivamente, casos de, 142, 143, 144  
compulsiones, casos de, 141, 142, 190-1  
congreso sobre Evolución de la Psicoterapia (Phoenix, diciembre de 1985), 22  
connotación positiva, 91, 118  
constructos de personalidad, 60-61  
Cousins, Norman, 44-5

- Coyne, J., 51  
 cristal unidireccional, 90, 116  
 "curas en una sola sesión", 41, 89, 159
- defensas, 39-40  
*véase también* resistencia.
- Deissler, Klaus, 90
- depresión o supuesta depresión, 52, 79  
 casos de, 11, 30-1, 59-60, 68, 69, 115-6, 142, 171-6  
 "receta" para una, 111
- derivaciones del juzgado, 165-6  
 derivaciones escolares, 165-6
- de Shazer, S., 28, 32, 34, 35, 40, 54, 90, 96, 148, 166, 180, 182, 185
- directivas paradójicas, 30
- dolores de cabeza, casos de, 152-4, 18-24, 183-4
- dolores de cabeza en racimo, casos de, 152-4
- Dulwich Centre Newsletter* (Australia), 97
- eclecticismo técnico, 15
- efecto mariposa, 139-47
- efecto Rashomon, 57
- elogios, 117-9  
 normalizadores 112-13
- enfoque de la utilización, 26-7, 33
- enfoque individual vs. enfoque sistémico, 145
- enfoque sistémico, 145, 165
- ensalada de palabras, 73
- entrevista, 63  
 elementos de la, 87-137  
 y negociación de la realidad terapéutica, 67-70
- equipos, 116
- Erickson, Milton, 9-10, 24, 25-9, 33, 35, 45, 49, 53, 55, 62, 72, 73, 78, 90, 114, 125, 140-1, 151, 155-7, 167, 183, 185, 186
- etiquetas, 25, 60-1, 78-9, 101-2, 187
- evaluación, 64-5  
 como intervención, 89-91
- expectativas, 79-80, 157  
 de cambio, 34, 71, 90, 147-8  
 del experimentador, 43-4  
 resultado y, 44-5
- experiencias terapéuticas anteriores, 55, 182-3
- familias sin hogar, 36
- Fields, W. C., 167
- Fisch, Richard, 29, 31, 59, 72, 165
- Fish, J., 25
- Fishman, C., 24
- Freud, S., 26, 78, 140
- Gingerich, W., 96, 180
- Gleick, J., 139
- Goolishian, H., 165
- Grinder, J., 25, 77
- grupo "así-así", 159, 162, 61  
 "grupo del milagro", 159, 160-2  
 grupo "igual o peor", 159, 163-4
- Haley, Jay, 24-26, 38, 41, 49, 61, 62, 141, 166, 183
- Healing Heart, The*, 44
- hipnosis, 25, 28, 71, 109, 193-4,  
 orientada a las soluciones, 151-57
- Hoffman, L., 118
- Hudson Center, 194
- humor, 136, 149-50
- Imagery in Healing*, 44, 56
- impotencia, 167  
 caso de, 108-9
- inducción de trance, *véase* hipnosis.

- inducción naturalista al trance, 151,155  
*In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Rum Companies*, 22, 36, 197  
*insight*, 21, 38, 156-7  
 insomnio, caso de, 164  
 interrupción terapéutica, 188-9  
 intervención, 23, 119  
     intervención sobre el patrón, 28, 139-47  
     intervenciones de fórmula, 147-9  
     la sesión como, 87-137  
     tarea de la sorpresa, 149-57  
 intervención sobre el patrón del contexto, 144-7  
 intervenciones sobre el patrón de la queja, 140-44  
  
 "La entrevista como intervención", 90  
 la segunda sesión y las sesiones subsiguientes, 158-67  
 lenguaje, 71-5, 149  
 Lipchik, Eve, 36, 90, 122, 163  
 Lorenz, Edward, 139  
  
 "Ma", el trabajo de Erickson con, 9-10, 50  
 Madanes, Cloe, 24  
 Maslow, Abraham, 15  
 McHenry Country (Illinois) Youth Service Bureau, 54, 96  
*Megatrends*, 14  
 metáfora médica, 38  
 metáforas, 28, 33, 75-6  
 Minuchin, S., 24  
 modelo computarizado de "sistema experto", 36  
 modelo de enfrentamiento, 39-40  
 modelo de terapia familiar de Milán, 90, 116, 147  
  
 moja la cama, 48  
     casos de, 155-7  
  
 Nagy, Ivan, 23  
 Naisbitt, John, 14  
 negociación, orientaciones para la, 67-70  
 normalización, 106-113, 117, 162  
  
 objetivos,  
     definidos por el cliente, 54-6, 150  
     de los terapeutas vs. de los clientes, 178-182  
     procedimiento para su definición, 114-6  
     reconocer la consecución de los, 192  
     tener presente el objetivo 165, 178  
 O'Hanlon, B., 25, 84, 90, 140, 188  
 orgasmo, caso de incapacidad de alcanzar el, 154  
  
 Papp, Peggy, 87  
 patología,  
     énfasis en lo que no es, 78-9, 106, 113, 140  
     énfasis en la, 14, 15, 26, 40, 41, 50, 55, 61, 177  
     reificación de la, 187-190  
 pausa para consultar, 116-7  
 pausas, 116-7  
 personalidad *borderline*, 60-1  
 Peters, Thomas, 22, 193  
 pregunta del milagro, 35, 119-22  
 preguntas,  
     como intervenciones, 91  
     constructivas, 90  
     de la escala, 163  
     del milagro, 35, 119-20  
     excepción, 35-6, 94-5, 149, 159  
     orientadas al futuro, 90, 119-23, 131, 136

- presuposicionales, 91-113, 149
- reflexivas, 90
- y co-creación de la realidad 63-4
- preguntas constructivas, 90
- preguntas de avance rápido, 119-23, 131, 136-7
- preguntas de la escala, 163
- preguntas orientadas al futuro, 90, 119-123, 131, 136-7
- preguntas presuposicionales, 149
  - características de las, 91-93
  - usos de las, 93-113
- preguntas reflexivas, 90
- preguntas sobre excepciones, 35-6, 94-8, 149, 159
- preguntas terapéuticas, *véase* preguntas
- prescripciones invariables, 147
- presuposiciones, 28, 71-2, 84, 131, 155, 156-7
- primera sesión, 93-113
  - caso ilustrativo de, 127-136
  - principio de incertidumbre, 62-4
  - problemas de dolor, caso de, 164
  - problemas de pareja, 147
    - casos de, 74, 103-5, 126-7, 142, 143-4
  - problemas de peso, caso de, 111-2
  - problemas en la educación de los hijos, casos de, 12-14, 45-6, 47, 49-50, 59-60, 80-2, 88, 90-1, 102-7, 108, 120-122, 127-8, 143, 145-7
- problemas escolares, 147
  - caso de, 127-5
- profecías autocumplidoras, 42, 43, 161
- pseudo-orientación temporal, 28, 35, 157
- psicoanálisis, 21-2, 25, 38, 51
- psicología del yo, 23
- psicoterapia,
  - cosas a evitar en, 177-92
  - el principio de incertidumbre en, 62-70
  - el enfoque centrado en las soluciones como tendencia emergente en la, 14-17
  - evolución de la, 21-36
  - usos del lenguaje en, 71-86
  - véase también* terapia centrada en las soluciones
- Pulliam, G., 165
- "Purposefull Interview, The", 90
- Rabkin, Richard, 25, 93
- recaída, 31, 160-1, 191
- reestructuración, 30, 108, 118, 138, 180
- represión, 78
- resistencia, 161, 189-90
  - declarada un concepto muerto, 32-3
  - e hipnosis, 152
  - presupuestos respecto de la, 39-40
- respuestas no verbales, 118
- Rosenthal, R., 43
- Rossi, E., 9, 27, 28, 29, 62, 73, 114, 141, 156-7, 163, 166
- Rouse, J., 15
- Ryan, M., 62
- salud iatrogénica, 62
- Satir, Virginia, 23
- Schmidt, Gunther, 90
- Segal, L., 165, 190
- Selekman, Matthew, 26 *n*
- Selvini-Palazzoli, Mara, 24
- silencio, 72
  - del paciente, 118, 127
  - del terapeuta, 63, 108, 180
- síntomas, 140, 179
  - desafiando asunciones referidas a, 37-40, 51

- síntomas físicos relacionados con el estrés, caso de, 183-84
- Stewart, S., 40
- Strategic Psychotherapy*, 93
- suicidio, 85
- Suzuki, S., 16
- Szasz, Thomas, 24-5
- tarea de primera sesión, 34-5, 136, 148-9
- tarea genérica, 150
- tareas de fórmula, 34, 147-9, 163
- técnica de ilusión de alternativas, 155-7
- técnicas de la bola de cristal, 28, 35
- técnica de los beneficios no percibidos, 167
- técnicas de unión, 71, 72, 74, 79  
en primera sesión, 93-4
- terapia breve, 11, 25, 123-4, 194  
evolución de la, 29-36
- terapia breve centrada en las soluciones, 32, 36
- terapia breve centrada en los problemas, 29-31
- terapia centrada en las soluciones,  
base conceptual de, 43, 61  
cambio en, 158-73  
co-creación de problemas resolubles en, 62-80  
como tendencia emergente, 14-17  
con equipo y con terapeutas solos, 117 *n*  
cosas a evitar en, 177-92  
evolución de la, 23-36  
intervención sobre patrones en, 139-46  
implementación de, 193-95
- intervenciones de fórmula en, 147-48
- la sesión como intervención en, 87, 137
- premisas en la, 177
- propósitos de la, 140-41
- tareas de la sorpresa en, 149-57
- terapia de conducta, 15, 23
- terapia de los sistemas determinados por el problema, 165
- terapia estratégica, 25
- terapia familiar, 22, 39, 41, 87  
y evolución de la terapia centrada en las soluciones, 23-4, 25
- terapia Gestalt 23
- Terapia para resolver problemas*, 62
- terminación, 191-2
- tiempos verbales, 79-83, 159
- Tomm, Karl, 90-1
- toxicomanía, 36  
casos de, 76-7, 173
- Trenkle, Bernhard, 90
- trichotillomanía, caso de, 141
- voyeurismo del terapeuta, 182
- Waterman, Robert, 22, 193
- Watts, Alan, 167
- Watzlawick, Paul, 29, 31, 59, 72
- Weakland, John, 29, 31, 59, 72, 165
- Weiner-Davis, M., 59, 96, 180, 191
- Whitaker, Carl, 24
- White, Michael, 76
- Wilk, J., 25, 90, 140, 188
- Winderman, L., 165
- Zeig, J., 22, 55

La psicología se está viendo influida por una nueva tendencia que pone más énfasis en los valores y las soluciones que en los problemas y la patología. En este libro, dos médicos muy alabados por la sencillez y el humor que reina en sus talleres de trabajo trazan la evolución de este método, explican sus revolucionarias propuestas y ofrecen finalmente una guía clara, concreta y detallada para convertir la teoría en práctica.

Cuando la terapia se orienta hacia la búsqueda de soluciones, las técnicas de perfeccionamiento se convierten en intervenciones deliberadas que a menudo niegan la necesidad del tratamiento más allá de la primera sesión. Los terapeutas «cuidan su lenguaje» y dirigen la conversación hacia el cambio, animando a sus clientes a que contemplen el futuro concentrándose en las posibilidades más que en los problemas. Así, los clientes aprenden cómo seguir adelante, asumiendo y practicando los cambios terapéuticos, e inevitablemente la terapia se convierte en un ejercicio breve y encaminado hacia un objetivo concreto. O'Hanlon y Weiner-Davis ilustran las propuestas y estrategias de la terapia orientada hacia las soluciones con numerosos casos descritos en forma de viñeta y con otros de desarrollo mucho más largo. Al mostrar cómo se utiliza el lenguaje para descubrir, promover y mantener el cambio, no sólo actúan con precisión y claridad, sino también con humor, ingenio y franqueza. Los lectores que deseen acompañar a O'Hanlon y Weiner-Davis en su búsqueda de soluciones pueden llegar a encontrar un camino que les conduzca hacia la consecución de una competencia y un poder significativos tanto con respecto a sus clientes como a ellos mismos.

ISBN 84-7509-611-5



9 788475 096117

**Paidós Terapia Familiar**