TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES: UN MODELO TEÓRICO RELACIONAL

SOLUTION-FOCUSED BRIEF THERAPY: A RELATIONAL THEORETICAL MODEL

Ignacio de la Fuente Blanco
Departamento de Psicología, Universidad de Almería. España
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1991-7188

Yolanda Alonso
Departamento de Psicología, Universidad de Almería. España
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0227-9677

Raquel Vique
Centro Sinergia Desarrollo y Psicología. Almería, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

De la Fuente Blanco, I., Alonso, Y. y Vique, R. (2019). Terapia Breve Centrada en Soluciones: Un modelo teórico relacional. *Revista de Psicoterapia, 30*(113), 259-273. https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.277

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar un modelo para la Terapia Breve Centrada en Soluciones que trata de representar y describir sus principios de forma gráfica y operativa. Tales principios se enmarcan en el pensamiento posmoderno, aunque también encuentren sus raíces en el enfoque sistémico y constructivista como marco teórico. El modelo queda articulado en base a sus características, entre las que destaca especialmente la interacción dialógica entre terapeuta y consultante como elemento clave para el éxito de la terapia. Además, a partir de la definición del continuo problema-solución *se formula una hipótesis de ajuste relacional entre consultante y terapeuta que permite pronosticar cómo dicho ajuste incidirá en los posibles resultados de la terapia.*

Palabras claves: *Terapia Breve Centrada en Soluciones, posmodernismo, relación dialógica, construccionismo, narrativa.*

Abstract

The aim of this article is to describe a model for Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) which tries to represent its principles in a graphical and operative way. Such principles fit into the postmodern movement, although they also have their roots in the systemic and constructivist approaches as a theoretical framework. The model is built around the features of SFBT, of which the dialogical interaction between therapist and client stands out as a key element for the success of the therapy. In addition, a hypothesis of relational adjustment between client and therapist based on the definition of the "problem-solution" continuum is formulated, which allows to predict how this adjustment will affect the possible therapeutic outcomes.

Keywords: *Solution-Focused Brief Therapy, postmodernism, dialogical relationship, constructionism, narrative.*

ISSN: 1130-5142 (Print) –2339-7950 (Online)

Fecha de recepción: 13/03/2019. Fecha de aceptación v1: 14/04/2019. Fecha de aceptación v2: 04/06/2019.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: idb470@inlumine.ual.es
Dirección postal: Ignacio de la Fuente. C/ Doctor Carracido 15 8ºA 04005 Almería, España

© 2019 Revista de Psicoterapia

Introducción

La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) se encuadra entre las llamadas terapias posmodernas o postestructurales junto con la terapia narrativa de White y Epston (1993) la terapia colaborativa de Anderson (Sáez, 2006; Schaefer, 2014). Este encuadre representa un cambio de paradigma en la relación terapéutica caracterizada en términos dialógicos y en la cual la fuerza del cambio emerge de la construcción de significados entre terapeuta y cliente (Anderson, 2007).

El movimiento posmoderno, alentado en la psicoterapia por distintos autores (Gergen, Hoffman y Anderson, 1996), entiende que la globalización está generando una nueva conciencia social caracterizada por el valor de la acción individual, el reconocimiento de la multiculturalidad, la defensa de los valores democráticos o la importancia de la cooperación y el apoyo comunitario. Es precisamente el acceso universal a la información y a la comunicación, gracias al avance tecnológico, el que se erige como garante de un "multiverso" social en permanente cambio (Lyotard, 1999).

El significado de este proceso hunde sus raíces en la cultura de los dos últimos siglos. Representa el fin de una forma unitaria de entender la historia y al hombre mismo, ya vaticinado por filósofos como Nietzsche o Heidegger, pero resultado de la confluencia de múltiples procesos históricos, científicos y culturales (Vattimo, 1985). El siglo XX vio como el sentido de la realidad basado en la razón ilustrada comenzaba a perder fuerza y a ser cuestionado por el avance de las disciplinas científicas —especialmente la física y las matemáticas—, las escuelas filosóficas y los movimientos artísticos (Gabás y Hirschberger, 2015; Vattimo, 1995). En psicología, el psicoanálisis de Freud, genuinamente posmoderno sin saberlo ¯dado su carácter interpretativo y narrativo¯, dejaba de lado la racionalidad para descubrir las voces escondidas de la mente y trataba de darles explicación mediante estructuras hipotéticas que su autor estableció como teoría psicológica (Kriz y Etcheverry, 1990). Sus teorías nunca fueron del agrado de la emergente psicología experimental, ya que la dificultad para fundamentarlas empíricamente situaba las terapias psicodinámicas lejos de las tendencias dominantes de la ciencia y la mecánica positivista (Eysenck, 2017; Grünbaum, 1986; Popper, 1986). Sin embargo, su voz propia sedujo a generaciones de estudiosos y de personas en busca de ayuda psicológica y dio como fruto un conjunto interesante de teorías y principios que han seguido evolucionando hasta la actualidad (Hornstein, 2013).

Así, mientras la psicología conductista centraba sus esfuerzos en la investigación experimental, la vocación terapéutica toda bebía, en mayor o menor medida, de la fuente psicoanalítica como forma de dar cauce a su librepensamiento. A pesar de la disciplina ortodoxa de la Sociedad Psicoanalítica de la época, impuesta por el propio Freud, crecieron con no menos fuerza todo tipo de figuras y fisuras disidentes en su propio seno, a cuál más poderosa (Aritio, 1981; Roazen y da Silva Dantas, 1978).

Coherente con este devenir de la psicoterapia, los creadores de la TBCS solo

tenían conciencia parcial del carácter posmoderno de sus innovaciones terapéuticas, sintiéndose más cercanos a figuras representativas de la encrucijada de la filosofía contemporánea o del psicoanálisis, como Wittgenstein o Sullivan (De Shazer, 1999; Lipchik, 2004). El propio Steve de Shazer, figura principal del grupo creador de la TCS, se consideraba a sí mismo deudor de Milton Erickson (De Shazer, 1986), figura personalísima ligada a la Escuela de Palo Alto, creadora del enfoque estratégico en terapia sistémica.

La TBCS ha preferido volcarse en su vertiente aplicada y filtrarse en muchos campos de la ayuda a personas en lugar de establecer un control férreo sobre sus principios, que le habría ayudado a delimitar un espacio propio (Beyebach, 2014). Los ámbitos de aplicación han sido muy diversos, desde la orientación escolar hasta el *consulting* empresarial, pasando por el trabajo social, la enfermería o la protección de menores. Estos desarrollos son consecuencia del método de trabajo y el enfoque pragmático de la propia escuela de Milwaukee ¯creadora de la TBCS¯, ocupada sobre todo en resolver los problemas de sus clientes y descubrir qué estrategias funcionaban y cuáles no, siendo, en este sentido, un modelo de terapia basado en la evidencia (Trepper, Dolan, McCollum y Nelson, 2006).

No obstante, con el paso del tiempo y el éxito obtenido, diversos autores han dirigido sus esfuerzos a crear una base empírica que respalde sus principios a través de estudios de resultados y procesos, meta-análisis e, incluso, estudios de laboratorio (Beyebach, 1999; Estrada, Beyebach y Herrero de Vega, 2006). Es posible que esta tendencia empirista no coincida plenamente con el espíritu pragmático de la TBCS, no necesitado de demostraciones ulteriores, pero sí conecta con su espíritu de búsqueda y su talante abierto y plural en el más puro estilo posmoderno (Gergen y Warhus, 2001).

Desde comienzos del presente siglo asistimos a un cierto movimiento convergente en psicoterapia que desde visiones incluso radicalmente diferentes parece necesitar un terreno común sobre el que conjeturar e investigar sobre del proceso terapéutico (Alonso, 2012). Tal vez no sea un hecho explícito, pero para el investigador y observador imparcial dicho acercamiento existe y eso es lo que importa. Aunque esté cobrando fuerza ahora, la inquietud por entender los factores comunes en psicoterapia se remonta a trabajos ya clásicos como los de Frank (1961) o Bordin (1979). Las impresiones generales al respecto serían destacar la importancia del contexto (Bugatti y Boswell, 2016; Gelso y Kanninen, 2017; Muñoz-Martínez y Coletti, 2015), la narrativa del cliente (Levitt, Pomerville y Surace, 2016; Montesano, 2012), la interculturalidad (Bacigalupe, 2003; Bedi, 2018), los valores (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006; Wong, 2013), la creación de significados (Coale, 1992; Gordon, 2009), la relación horizontal entre terapeuta y consultante (Borelli et al., 2018; Goldstein, 2017; Safran y Muran, 2005) y el diagnóstico queda en entredicho, al menos, como instrumento para el etiquetado de personas (Cartwright, Lasser y Gottlieb, 2017; Klimstra y Denissen, 2017; Pearl, Forgeard, Rifkin, Beard, y Björgvinsson, 2017).

Estos postulados podrían valer para la TBCS, y para la nueva ola de la psicología positiva, las terapias contextuales de tercera generación, la terapia Gestalt y para el resto de las terapias posmodernas. Es posible que cada escuela haga un uso particular de dichos conceptos conforme a su tradición y a los elementos teóricos que maneja, pero muchas veces no sería, en nuestra opinión, una distancia mayor que la mostrada entre profesionales de una misma escuela, habida cuenta del talante y la propia experiencia.

Un modelo para la TBCS

Los principios que sustentan la TBCS han sido recopilados ampliamente por distintos autores (De Shazer et al., 1986; Lipchik, 2004; O'Connell, 2005) así como sus resultados (Franklin, Trepper, McCollum y Gingerich, 2011). Sin embargo, nadie ha elaborado hasta ahora un modelo explicativo que describa el proceso terapéutico que de ellos se deriva. Puede ser pertinente hacerlo en tanto en cuanto el modelo articula los principios referidos y los transforma en elementos operativos de la terapia, creando así una imagen más clara de cómo actúan. El modelo que presentamos (Figura 1) no recoge las herramientas de entrevista desarrolladas por la propia terapia pues son técnicas específicas desarrolladas por sus creadores. Nos referimos en concreto al trabajo con excepciones, la pregunta por el milagro, las preguntas de escala, el elogio, las fortalezas y las proyecciones de futuro, consideradas todas ellas como técnicas de entrevista (Beyebach, 1999; Beyebach y de Vega, 2016; Lipchik y de Shazer, 1986).

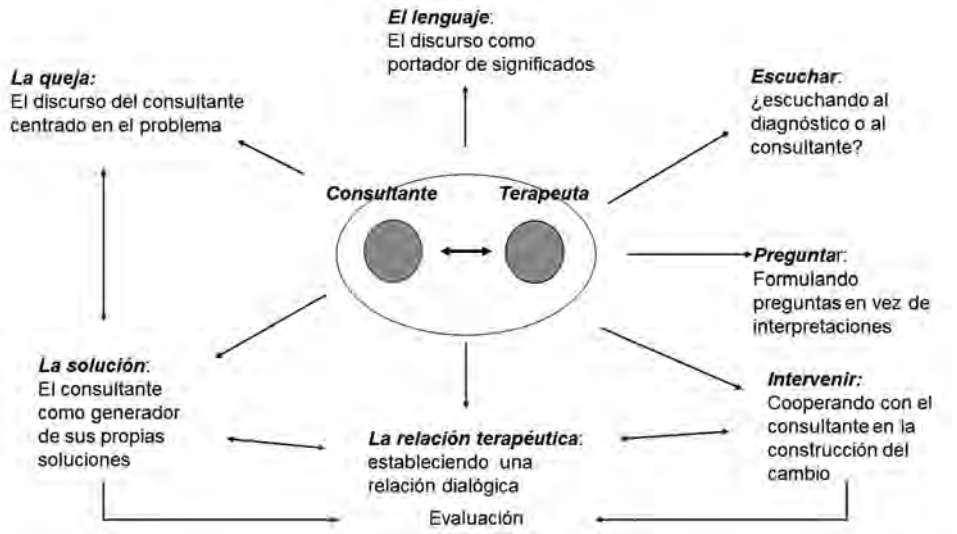

Figura 1. Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.

El modelo es fiel a la realidad del acto terapéutico pues son los espacios vacíos, ocupados por los propios sujetos construyendo una relación dialógica, los que garantizan su funcionalidad. Es en este marco epistemológico de construcción y creación de espacios donde se mueve la TBCS, y éste no es otro que el constructivismo en un sentido amplio (Feixas y Villegas, 2000).

En el modelo, consultante y terapeuta quedan enmarcados dentro de su propia relación dialógica que construyen mediante un proceso de ajuste. En ella, el consultante se erige como protagonista de la terapia y es el generador de sus propias soluciones gracias al intercambio terapéutico. El terapeuta apoya el proceso desde la apertura de una escucha activa, respetando la narrativa del consultante y formulando preguntas centradas en soluciones sin añadir interpretaciones. La intervención promueve la búsqueda de soluciones y el terapeuta propone tareas que refuercen y amplíen las soluciones emergentes, animando a la persona a alcanzar sus metas. La evaluación es un proceso continuado que toma como referencia los cambios mínimos que la terapia genera.

Más adelante, y tras haber analizado los elementos del modelo, se presentarán dos hipótesis (Figuras 2 y 3) surgidas a partir del modelo. La primera ofrece un esquema para el continuo *problema – solución,* y la segunda, derivada de la primera, representa el ajuste entre consultante y terapeuta como resultado de su interrelación, dependiendo de dónde se sitúe cada uno en ese continuo.

Análisis del modelo

La relación dialógica entre consultante y terapeuta

La particular relación consultante-terapeuta ocupa el lugar central del modelo, en detrimento de la queja o motivo de consulta, centro de atención o eje en los modelos basados en el diagnóstico, tanto estructurales como funcionales. De Shazer lo expresa con perplejidad cuando se hace eco del descubrimiento:

> "Lo que observamos era tan simple y evidente y tan fácil de ver, puesto que estaba directamente en la superficie y había estado desde tanto tiempo antes al alcance de cualquier observador; sin embargo, había permanecido oculto en virtud de la objetividad de la ciencia moderna. Vimos a un terapeuta que hablaba con su paciente". (De Shazer, 1999, p. 19).

Este es el punto de partida de la TBCS: colocar en el primer plano con naturalidad que la labor del psicólogo, su responsabilidad, se enmarca en una relación humana entre iguales que incluso puede gozar de una mayor simetría que otras relaciones sociales, pues es una relación no dada que se puede construir (Anderson, 1997).

Como señalábamos más arriba, la TBCS ha desarrollado toda una batería de procedimientos que han acaparado casi toda la atención de los estudiosos de la terapia a la hora de explicar en qué consiste. El pragmatismo de los procedimientos frente al espíritu más abstracto de sus principios ha sufrido un proceso dialéctico

resuelto en favor de los primeros, llegando a convertirse en recursos aplicables de forma independiente del modelo de partida. Entendemos que solo dentro del marco de esta relación colaborativa consultante-terapeuta (Gergen y Warhus, 2001) se dota de sentido pleno la aplicación de las técnicas de entrevista.

El discurso como portador de significados

Para la TBCS, en una conversación entre consultante y terapeuta no solo hay intercambio de información sino también construcción de significados. De no ser así, no podría consumarse un proceso de transformación. El significado no se ubica en la mente individual, sino que emerge del intercambio relacional mismo. Este hecho puede pasar desapercibido como simple matiz o, por el contrario, suponer una revolución en la manera de entender el abordaje terapéutico (Gergen y Warhus, 2001). La TBCS opta por anteponer el significado subjetivo a cualquier tipo de conocimiento previo de carácter instrumental, pues la acción terapéutica se construye sobre la comunicación, y cualquier elemento ajeno que suplante su lugar no hace sino poner la relación en un segundo plano. Los conocimientos necesarios para alcanzar los objetivos de la terapia emergen, por tanto, de la relación dialógica entre consultante y terapeuta (Anderson, 1997, 2007).

¿Escuchando al diagnóstico o al consultante?

En la elección de lo escuchado, los caminos de una terapia centrada en soluciones se separan de otras maneras de hacer terapia *centradas en el problema* para las cuales el proceso de definición (esto es, de evaluación y diagnóstico) es el acto principal que debe realizar el terapeuta al comienzo (Ezama, Fontanil y Alonso, 2017; Gergen et al., 1996). Éstos últimos autores se preguntan:

> *"¿Por qué deberíamos aceptar el proceso de definición como una característica principal de la terapia? [...] Podríamos desarrollar la convicción alternativa de que no es esencial al proceso de terapia y que la eficacia terapéutica no depende de ubicar a los clientes dentro de un conjunto de categorías predeterminadas y públicamente reconocidas".* (Gergen et al., 1996, p. 112, traducción propia).

Cuando se renuncia al diagnóstico como instrumento mediador en la relación terapéutica, la escucha del terapeuta se transforma y adquiere nuevas características (Alonso, Ezama y Fontanil, 2014). El discurso del consultante se enmarca en un vacío inevitable formado por nuestro desconocimiento de él y también por la ausencia de relación previa, algo que sólo cambia a medida que ésta se desarrolla en el tiempo. Los oídos que escuchan en una primera sesión no son los mismos transcurridas unas semanas. Ahora se apoyan en conocimientos construidos, resultado de la conversación dialógica y de los efectos que ésta tiene tanto en el terapeuta como en el consultante. El oído que escucha por primera vez puede verse invadido por pensamientos intrusivos fácilmente calificables de *conocimientos*, cuya función sería la de llenar ese vacío entre la persona y nosotros mismos.

Para la mayoría de las escuelas de terapia psicológica, una de las funciones más importantes del terapeuta es *interpretar* o *hipotetizar* lo que le pasa al cliente, es decir, traducir a un lenguaje más o menos técnico el motivo de la consulta con objeto de justificar una intervención o prescribir un tratamiento. La necesidad de acudir a elementos externos a la relación, desde el diagnóstico a las técnicas de entrevista, parece inevitable. Sin embargo, la perspectiva construccionista entiende que la escucha activa, o como dice Anderson (2001) "escuchar para oír" lo que el consultante tiene que decirnos, es la base de la intervención del terapeuta y lo que permite que se ponga en marcha la capacidad transformativa del diálogo.

El discurso del consultante centrado en el problema

La razón de ser de una terapia es el malestar de la persona. Por tanto, una gran parte del material que nos ofrecen las sesiones es el correspondiente al propio enfoque del cliente centrado en el problema. Su historia, datos biográficos o relaciones familiares forman un todo con el problema expresado a través de su personal narrativa, o dicho de otro modo, su propia "teoría clínica". Viene a consulta porque en mayor o menor medida su vida está *atascada* en torno a un problema y nos pide ayuda para salir de ahí. Hablamos de "centrado en el problema" o "centrado en la solución" como una descripción de la actitud con la que abordan, tanto consultante como terapeuta, aquello que les ha reunido. Es en dicho encuentro donde se genera un proceso dialéctico que muestra el movimiento emocional, cognitivo y actuario del consultante, así como de la relación jerárquica de los elementos en su contexto, y que pueden transformarse en cualquier momento a lo largo de la sesión.

Por lo tanto, en lugar del referido proceso de definición, la TBCS opta por aceptar sin condiciones la narrativa del consultante, esté o no centrada en el problema, y le propone ahondar en sus significados de manera colaborativa para orientarse hacia los objetivos propuestos en la terapia. El papel del terapeuta es fundamental en este proceso y está claramente enraizado en la tradición rogeriana (Anderson, 2001).

Formulando preguntas en vez de interpretaciones

La construcción de preguntas es tal vez el elemento más diferenciador de la TBCS respecto a otros enfoques relacionados, y por ello recibe una atención particular dentro del presente análisis. El modelo de construcción de soluciones elaborado por el grupo de Milwaukee partía de un estudio exhaustivo de cómo los consultantes construían la queja (el problema) en el ámbito del lenguaje. Esta construcción diferenciaba distintos aspectos de la queja, a partir de los cuales se construía un mapa (De Shazer, 1986).

Aunque De Shazer subraya la ausencia de una relación de dependencia entre la construcción de las intervenciones y estos elementos, en la práctica parece ligarlos de un modo heurístico. En el modelo que proponemos, quien establece el

puente entre los dominios del problema y las soluciones son las preguntas que formula el terapeuta. Lo interesante de esta cuestión es que la investigación sobre la construcción de preguntas terminó aportando mucha información sobre cómo los consultantes construían sus propias soluciones. Muchas de estas preguntas se convirtieron en verdaderas fórmulas y de paso se erigieron en las señas de identidad de la terapia.

La triada *construcción de la queja/pregunta/solución* es, tal y como lo expone De Shazer (1986), un modelo destacadamente empírico. En realidad, todo el proceso podría haber sido estandarizado mediante herramientas de medida, entrando así la TBCS a formar parte del grupo de las llamadas terapias basadas en la evidencia. Sin embargo, los objetivos abiertamente pragmáticos del grupo de Milwaukee junto a los presupuestos epistemológicos, que priorizaban otros valores por delante de los puramente empíricos, impidieron que se abordase tal proyecto. Sin embargo, si estudiamos más detenidamente la función que cumplen las preguntas en la construcción de soluciones, veremos que ésta se enmarca dentro una perspectiva relacional y no empírica.

La TBCS entiende que cada problema está sometido a un encuadre que actúa como filtro y determina qué significados son atribuidos al problema y cuáles no. Es mediante el diálogo colaborativo entre consultante y terapeuta como se puede abordar, y en su caso poner en duda, la validez de tal encuadre. Este cuestionamiento abre el acceso a significados alternativos a partir de los que la persona crea sus propias soluciones o *re-conoce* las que ya tenía disponibles. De Shazer considera esto una labor importante del terapeuta, y las preguntas centradas en soluciones son una herramienta concebida para ello (De Shazer, 1986).

Pero la intervención del terapeuta va más allá del arte de formular preguntas. El enfoque relacional invita a un despliegue de libertad en la intervención, animado por el valor heurístico del modelo. Desde un enfoque colaborativo, el terapeuta puede expresar abiertamente su punto de vista porque no lo impone, o modificarlo según avanza la terapia como resultado de su propia comprensión. Esto muestra la paridad de la relación que comparten terapeuta y consultante, aunque evidentemente participen en ella desde un lugar diferente.

Este enfoque se apoya implícitamente en la asunción de que la intervención del terapeuta en ningún caso puede ser no-directiva o neutral respecto al discurso del consultante, que interactuar es influir y que, por lo tanto, la única alternativa posible es ser consciente de ello y plantearse la manera más respetuosa de hacerlo (Bavelas, McGee, Phillips y Routledge, 2000). Desde una posición colaborativa, el terapeuta de la TBCS formula sus intervenciones desde la intersección de su preparación personal como terapeuta y su inescapable subjetividad como persona, pues de otra manera el enfoque interpersonal de la comunicación quedaría dañado.

El consultante como generador de sus propias soluciones

La TBCS propone que desintoxiquemos nuestros oídos de problemas y los orientemos a la escucha de las soluciones que el propio consultante, de alguna forma, ya ha puesto en marcha (Beyebach, 2006). El propio enfoque centrado en soluciones del consultante puede estar diseminado en su discurso de manera que probablemente pase desapercibido para un oído con el hábito de escuchar problemas. Ese enfoque puede quedar resumido en una sola frase, que tal vez aparezca en la conversación en cualquier momento de cualquier sesión. Si de manera inopinada apareciera el primer día y al comienzo de la sesión, esta aparición precoz impediría captar su relevancia tanto para la persona como para el terapeuta, porque es *el contexto que está por venir* lo que le dará su auténtico lugar y sentido. Pero el proceso de adquisición de nuevos significados, marcado por la relación dialógica, se muestra, por alguna razón, muy ligado a la brevedad de la terapia. Es la función de *agente* del consultante la que en última instancia promueve el cambio y aunque la transformación requiera tiempo, la acción propositiva del consultante en muchos casos reduce drásticamente la duración de la terapia.

Visto así, formular soluciones puede requerir un espacio muy pequeño. Pero el proceso comunicacional emplea tiempo y energía para dar sus frutos. Las soluciones van emergiendo del discurso compartido a medida que terapeuta y consultante confluyen en la relación terapéutica. No son el resultado de un dictamen profesional cuya elaboración se limitase a escudriñar el lenguaje del cliente. Desde la perspectiva relacional, el discurso centrado en el problema del consultante no solo contiene *excepciones* que darán lugar a la formulación de soluciones, sino que, además, expresa el esfuerzo de la persona para salir del problema. Estas *soluciones intentadas* (concepto con el que la terapia breve se refiere a todo aquello que previamente ha hecho el consultante sin resultado), contienen todo aquello que potencialmente ha aprendido el sujeto con sus reiterados fracasos y son una aportación inestimable también para la formulación de soluciones.

Cooperando con el consultante en la construcción del cambio mínimo

A diferencia de las terapias de tipo cognitivo-conductual, en las que se intenta desplegar un aparato de recursos y técnicas para alcanzar los objetivos de la terapia, la TBCS no aspira sino a provocar un cambio mínimo identificable en la situación que la persona trae a consulta. En este sentido, esta terapia ha sido caracterizada de "minimalista" (Lipchik, 2004). La idea de cambio mínimo es una revolución para el pensamiento terapéutico porque presupone una aceptación positiva de la propia persona y su situación, no como recurso estratégico para el cambio sino como manera de entender al ser humano como totalidad. En este sentido, la TBCS coincide con la visión de la *psicología positiva 2.0* (Wong, 2011), pero lo que en esta es propósito —integrar los aspectos positivos y negativos del ser humano en un modelo psicológico—, en la TBCS se daría como presupuesto básico o punto de partida.

Aceptar que tenemos que hacer cambios mínimos para alcanzar nuestras metas es desafiar la narrativa negativista y centrada en el diagnóstico o en el problema, y reconocer implícitamente que tal vez seamos mucho mejor de lo que creemos. Que no debemos distanciarnos mucho de lo que somos para volver a sentirnos felices y que la perspectiva de los grandes cambios conlleva una elevada carga de desamor alojada en la propia aspiración de cambiar.

Cambio: alcanzar las metas propuestas

La finalidad de la TBCS no es la de cambiar al consultante sino la de ayudarle a alcanzar sus metas. Llega de forma voluntaria y se marcha de forma voluntaria cuando comprende que ha conseguido su propósito o en algún momento intermedio de su camino hacia él. Es de todo punto imposible evaluar el efecto a largo plazo de la buena comunicación. Lo que al terapeuta podría parecerle del todo insuficiente bajo otra perspectiva, en la TBCS resulta el inicio prometedor de un cambio en el que la persona es más dueña de sí misma y confía más en su capacidad para modificar sus propias circunstancias sin ayuda de un profesional.

Hipótesis de continuo *problema-solución*

Se podría decir que, más que la terapia, lo que puede estar centrado en soluciones o en problemas es el propio discurso del terapeuta, que es como decir su manera de estar, pensar e intervenir (su manera de *ser* terapeuta). Al mismo tiempo, el discurso del propio consultante refleja también esta polaridad, de manera que el encuentro entre ambas personas es el encuentro de dos discursos situados en algún punto de su propio continuo.

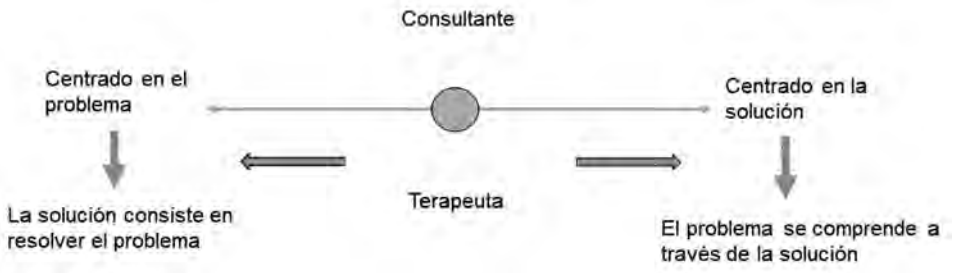

Figura 2. Modelo de continuo problema-solución.

La cuestión de si centrándonos en el problema nos estamos alejando de la solución, como propone la TBCS, parece un poco opaca a primera vista y se resiste a la lógica del sentido común. Todo parece indicar que, si queremos hallar soluciones para un problema, lo indicado es conocer muy bien el problema. Pero la aplicación de un modelo de pensamiento lineal a la hora de resolver los problemas psicológicos (problema '! solución) se muestra claramente insuficiente. Si decimos que centrándonos en el problema nos alejamos de la solución es porque creemos que

la solución puede perfectamente estar y encontrarse fuera del problema, tener una existencia independiente que puede no estar vinculada al problema en absoluto, y es por tanto el punto del horizonte al que debemos dirigirnos (De Shazer, 1986) sin tener que pasar por ninguna ruta predeterminada.

Tipos de interrelación dialógica

Disgregando el continuo anterior por participantes en la terapia (terapeuta y cliente) y combinándolos, extraemos un modelo dinámico que caracteriza su modo de relación, procedente de algún punto del continuo respectivo y que se define por su intersección en uno u otro cuadrante, tal y como si de una función se tratase. En el cuadrante superior derecho los esfuerzos de ambos se orientan hacia la solución, y es de suponer que la terapia será eficaz. En el cuadrante inferior derecho los esfuerzos del cliente podrían ser interpretados por parte del terapeuta como resistencias o maneras de escapar del problema y en consecuencia ser desestimados. En el cuadrante superior izquierdo la actitud resolutiva del terapeuta generaría tensión en el cliente y podría dar como resultado el abandono de la terapia. El cuadrante inferior izquierdo es lo que podríamos denominar "contubernio terapéutico", dado que los dos se alían para permanecer en el problema y hacer de éste una forma de vida (Haley, 1990).

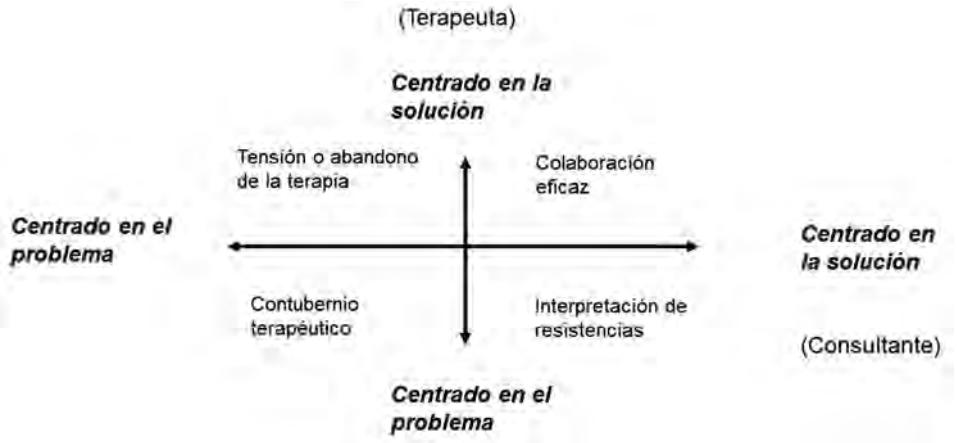

Figura 3. Representación de la interrelación dialógica.

Hay que decir que este proceso de ajuste puede tener lugar a lo largo de toda la terapia o durante una sola sesión y que las posiciones respectivas pueden cambiar en la medida en que se transforman los lenguajes con el único límite que imponga la rigidez de sus criterios, llámeselas creencias, convicciones o conocimiento. La TBCS se basa, por lo tanto, en un desplazamiento hacia el cuadrante de las soluciones, pero mediante un proceso paulatino de ajuste (Beyebach, 2006).

Si la persona está más centrada en el problema, lo tiene muy elaborado, ha

intentado soluciones sin resultado y se identifica mucho con él, tal vez necesite más tiempo para cambiar hacia una perspectiva centrada en soluciones y, por lo tanto, el terapeuta necesite establecer una relación de confianza más estrecha que permita conducirlo hacia la búsqueda de soluciones sin mucho sobresalto. En el otro polo, la persona puede estar buscando ya una solución y las aportaciones del terapeuta encajar perfectamente en sus expectativas.

Como decíamos anteriormente, la TBCS contempla las soluciones que ya están recogidas en el discurso del cliente, muchas veces desconectadas o no reconocidas, de manera que la misión del terapeuta es destacar la solución sobre el fondo de la narración del problema. Prestando atención a la solución, a ser posible sin añadir nada más, el problema cederá su protagonismo funcional. Centrarnos en el problema no lleva sino a diferir la solución o incluso a eludirla (Bannink, 2010). De la misma manera que pensamos que la solución está implícita en el problema, la TBCS opinaría justo lo contrario, que el problema está implícito en la solución y que por lo tanto no hay que entenderlo sino desde ésta.

Discusión y conclusiones

El presente artículo expone un modelo para la terapia centrada en soluciones elaborado desde una perspectiva construccionista. Desde sus inicios, la TBCS ha generado una extensa literatura dedicada a operativizar los principios inspiradores de esta terapia hasta el punto de correr el riesgo de ocultarlos detrás de sus propias herramientas terapéuticas. Si bien esta tendencia ha cumplido una de las finalidades de la TBCS, a saber, encontrar fórmulas para ayudar a las personas, también puede terminar abandonándola en la superficie de su propio modelo. Que los principios no sean olvidados es una garantía de renovación constante y de no reducirse a un manual de recursos para terapeutas nóveles, por mucho que, dicho sea de paso, tenga mucha utilidad. Al describir el modelo hemos tenido en cuenta las principales acciones que tienen lugar en la sesión de terapia, ya que de esta manera pretendemos subrayar el sentido de nuestras intervenciones. La reflexión sobre cada elemento no termina aquí, sino que remite a un debate más amplio en torno a aspectos comunes a las diferentes prácticas psicoterapéuticas. Por nuestra parte, aportamos un diseño de modelo de ajuste en la relación entre consultante y terapeuta a partir del continuo problema–solución, dada la importancia que centrarse en las soluciones tiene para este enfoque.

Es importante señalar que, aunque se trata de un modelo cognoscitivo, hay que entenderlo desde la perspectiva construccionista. Es el propio lector quien añadiendo sus propios significados podrá completar los contenidos que faltan, remitiéndose a su propia experiencia terapéutica en su dimensión más personal. Por ello, invita a salir por un momento de la protección del propio marco teórico y analizar la realidad del hecho relacional en sí mismo. En este sentido, implícitamente formula la pregunta de cuáles son los verdaderos saberes del terapeuta si abandona su posición de experto mientras atiende las demandas de su consultante. Observamos

que una y otra vez estos saberes se van revistiendo de nuevas formas de conocimiento que reavivan las viejas jerarquías y tienden a alejarnos de nuestro punto de partida. Con la vista puesta en nuevas investigaciones, contemplamos la cuestión del diálogo que el terapeuta sostiene consigo mismo mientras mantiene el diálogo con su consultante, como terreno prometedor para el descubrimiento de claves que ayuden a regular el proceso terapéutico.

Referencias bibliográficas

Alonso, Y. (2012). *Psicología clínica y psicoterapias. Cómo orientarse en la jungla clínica.* Almería, España: Universidad de Almería.

Alonso, Y., Ezama, E. y Fontanil, Y. (2014). Pasos hacia una psicopatología de las estrategias. *Mosaico, 59*, 125-133.

Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy.* Nueva York, NY: Basic Books.

Anderson, H. (2001). Postmodern collaborative and person centred therapies: What would Carl Rogers say? *Journal of family therapy*, *23*(4), 339-360. https://doi.org/10.1111/1467-6427.00189

Anderson, H. (2007). A postmodern umbrella: Language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming. En H. Anderson y D. Gehart (Eds.), *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference* (pp. 7-19). Nueva York, NY: Routledge/Taylor y Francis.

Aritio, F. A. B. (1981). Hacia una historia del psicoanálisis. *Estudios de Psicología*, 8, 116-132. https://doi.org/10.1080/02109395.1981.10821283

Bacigalupe, G. (2003). La terapia colaborativa como una práctica intercultural y poscolonial. *Terapia y Familia*, *16*(2), 25-37.

Bannink, F. (2010). *1001 solution-focused questions: Handbook for solution-focused interviewing*. Nueva York, NY: Norton.

Bavelas, J. B., McGee, D., Phillips, B. y Routledge, R. (2000). Microanalysis of communication in psychotherapy. *Human Systems*, *11*(1), 47-66.

Bedi, R. P. (2018). Racial, ethnic, cultural, and national disparities in counseling and psychotherapy outcome are inevitable but eliminating global mental health disparities with indigenous healing is not. *Archives of Scientific Psychology, 6*(1), 96-104. https://doi.org/10.1037/arc0000047

Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia centrada en las soluciones. En J. Navarro, A. Fuertes y T. Ugidos (Eds.), *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 211-245). Salamanca, España: Amarú.

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

Beyebach, M. (2014). La terapia familiar breve centrada en soluciones. En A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 449-480). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Beyebach, M. y de Vega, M. H. (2016). *200 tareas en terapia breve: 2a edición*. Barcelona, España: Herder.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0085885

Borelli, J. L., Sohn, L., Wang, B. A., Hong, K., DeCoste, C. y Suchman, N. E. (2018). Therapist–client language matching: Initial promise as a measure of therapist–client relationship quality. *Psychoanalytic Psychology, 36*(1), 9-18. https://doi.org/10.1037/pap0000177

Bugatti, M. y Boswell, J. F. (2016). Clinical errors as a lack of context responsiveness. *Psychotherapy, 53*(3), 262-267. https://doi.org/10.1037/pst0000080

Cartwright, J., Lasser, J. y Gottlieb, M. C. (2017). To code or not to code: Some ethical conflicts in diagnosing children. *Practice Innovations, 2*(4), 195-206. https://doi.org/10.1037/pri0000053

Coale, H. W. (1992). Costume and pretend identities: A constructivist's use of experiences to co-create meanings with clients in therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, *11*(1), 45-55. https://bit.ly/2JcPQd8

De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona, España: Paidós.

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

De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E. V. E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family process*, *25*(2), 207-221. https://bit.ly/32dOOW2

Estrada, B., Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, *36*, 33-41.

Ezama, E., Fontanil, Y. y Alonso, Y. (2017). Strategies and dysfunctions. Proposal for a systemic psychopathology. *Human Systems, The Journal of Therapy, Consultation y Training, 28*(3), 371-387.

Eysenck, H. (2017). *Decline and fall of the Freudian empire*. Londres, Reino Unido: Routledge.

Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia (3ª ed.).* Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Oxford, Reino Unido: Johns Hopkins University Press.

Franklin, C., Trepper, T. S., McCollum, E. E. y Gingerich, W. J. (2011). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Nueva York, NY: Oxford University Press.

Gabás, R. y Hirschberger, J. (2015). *Historia de la filosofía III: Filosofía del siglo XX*. Barcelona, España: Herder.

Gelso, C. J. y Kanninen, K. M. (2017). Understandings and misunderstandings about neutrality in an empathic context: Reply to Wachtel (2017) and Goldman (2017). *Journal of Psychotherapy Integration, 27*(3), 359-364. https://doi.org/10.1037/int0000098

Gergen, K. J., Hoffman, L. y Anderson, H. (1996). Is diagnosis a disaster? A constructionist trialogue. En F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns; handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 102-118). Oxford, Reino Unido: John Wiley y Sons.

Gergen, K. y Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares, 17*(1), 11-27.

Goldstein, S. E. (2017). Reflexivity in narrative research: Accessing meaning through the participant-researcher relationship. *Qualitative Psychology, 4*(2), 149-164. http://dx.doi.org/10.1037/qup0000035

Gordon, C. (2009). *Making meanings, creating family: intertextuality and framing in family interaction*. Nueva York, NY: Oxford University Press.

Grünbaum, A. (1986). Précis of the foundations of psychoanalysis: A philosophical critique. *Behavioral and Brain Sciences*, *9*(2), 217-228. https://doi.org/10.1017/S0140525X00022287

Haley, J. (1990). ¿Por qué no hacemos terapia prolongada? En J. K. Zeig y S. G. Gilligan (Eds.), *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas* (pp. 27-43). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Hornstein, L. (2013). *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis. Subjetividad y vida cotidiana.* México, México: Fondo de Cultura Económica.

Klimstra, T. A. y Denissen, J. J. A. (2017). A theoretical framework for the associations between identity and psychopathology. *Developmental Psychology, 53*(11), 2052-2065. https://doi.org/10.1037/dev0000356

Kriz, J. y Etcheverry, J. L. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Levitt, H. M., Pomerville, A. y Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin, 142*(8), 801-830. https://doi.org/10.1037/bul0000057

Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Lipchik, E. y de Shazer, S. (1986). The purposeful interview. *Journal of strategic and systemic therapies*, *5*(1-2), 88-99. https://doi.org/10.1521/jsst.1986.5.1-2.88

Lyotard, J. F. (1999). The postmodern condition. *Modernity: Critical Concepts*, *4*, 161-177.

Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de psicoterapia*, *89*(13), 5-50. Recuperado de: https://bit.ly/2xFJhct

Muñoz-Martínez, A. M. y Coletti, J. P. (2015). La psicoterapia analítico funcional: aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto terapéutico. *Revista Argentina de Psiquiatria*, *26*, 43-48.

O'Connell, B. (2005). *Solution-focused therapy*. Londres, España: Sage.

Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). ACT y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *6*(1), 1-20. Recuperado de: https://bit.ly/2XL709X

Pearl, R. L., Forgeard, M. J. C., Rifkin, L., Beard, C. y Björgvinsson, T. (2017). Internalized stigma of mental illness: Changes and associations with treatment outcomes. *Stigma and Health, 2*(1), 2-15. https://bit.ly/2xCWP8x

Popper, K. (1986). Predicting overt behavior versus predicting hidden states. *Behavioral and Brain Sciences*, *9*(2), 254-255. https://doi.org/10.1017/S0140525X00022548

Roazen, P. y da Silva Dantas, P. (1978). *Freud y sus discípulos*. Madrid, España: Alianza.

Sáez, M. T. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual, 14*(3), 511-532.

Safran, J. y Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional.* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Schaefer, H. (2014). Psicoterapias postestructuralistas y factores de cambio: posibilidades para una práctica efectiva. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, 52*(3), 177-184. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000300005

Trepper, T. S., Dolan, Y., McCollum, E. E. y Nelson, T. (2006). Steve De Shazer and the future of solution focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, *32*(2), 133-139. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01595.x

Vattimo, G. (1985). *Las aventuras de la diferencia: pensar después de Nietzsche y Heidegger.* Barcelona, España: Península.

Vattimo, G. (1995). *El fin de la modernidad*. Barcelona, España: Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.

Wong, P. T. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *52*(2), 69-81. https://doi.org/10.1037/a0022511

Wong, P. T. (2013). *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*. Nueva York, NY: Routledge.