

2008

TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES

JACOBO REYES MARTOS

Una propuesta de evaluación paso a paso en la terapia breve centrada en soluciones psicología conductual: revista internacional de psicología clínica y de la salud ISSN 1132-9483. Volumen 15, nº 3. 2006. P 533



UNA PROPUESTA DE EVALUACIÓN PASO A PASO EN LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES

PSICOLOGÍA CONDUCTUAL: REVISTA INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

ISSN 1132-9483. Volumen 15, nº 3. 2006. P 533

RESUMEN

Este artículo presenta una propuesta de evaluación basada en la entrevista a partir del modelo de Terapia breve centrada en soluciones. Presenta dos apartados fundamentales: en el primero se presenta la entrevista que se estructura en 5 pasos :

1. Conocer al cliente y determinar sus necesidades de intervención.
2. Determinar en qué consiste el problema en el que se desarrollan las necesidades detectadas.
3. Especificar el contexto en el que se presenta el problema.
4. Detectar las soluciones que previamente ha intentado el cliente.
5. Desarrollar nuevas propuestas de solución adoptadas durante la intervención.
6. Generar una predisposición al cambio.

En el segundo apartado del artículo se ilustran los pasos citados con un ejemplo en el que se van ilustrando de manera práctica los diferentes pasos así como las estrategias que pueden ayudarnos para su utilización.

Palabras clave: Terapia Breve, problema, queja, solución, pauta, objetivos, cambio

This article represents a proposal of assessment based on the personal interview taking as a model the Brief Therapy focused on solving problems. It consists of two main sections. In the first one we can introduce the interview organised into five main steps:

1. An approaching to our client in order to decide on the necessities of our action.
2. A study of the problem in which these necessities are developed.
3. The specification of the context in which the problem appears.
4. The search for the solutions our client has already tried.
5. Development of new plans to solve the problem and finally.
6. The release of an open attitude towards change. In the second section of this article and by means of different and clear examples we'll try to illustrate the previous steps and the distinct strategies that can help us to solve the different problems.

Key words: Brief Therapy, trouble, reason for dissatisfaction, solution, strategies, goals, change.

INTRODUCCIÓN.

El enfoque “estratégico”, más que al “por qué”, nos remite a “cómo” los seres humanos nos relacionamos con nosotros mismos y con nuestro entorno dentro de una línea de intervención terapéutica normalmente breve, orientada a la extinción de los síntomas y a la solución del problema o de los problemas del cliente, dirigiéndose a la reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y las reacciones de conducta derivadas del mismo.

El terapeuta, desde su primer encuentro con el cliente, en vez de centrarse en su pasado, dirige sus pesquisas a :

- a) qué sucede en el interior de los tres tipos de relaciones que el sujeto mantiene consigo mismo, con los demás y con su entorno.
- b) cómo ha intentado solucionarlo hasta ese momento (*soluciones intentadas*).
- c) qué alternativas podría encontrar para resolver el problema de la manera más eficiente y eficaz posible.

Ese primer encuentro adquiere una relevancia especial en el enfoque estratégico sistémico dado que sirve para establecer tanto las bases sobre las que se desenvolverá la terapia como el rapport que facilite la comunicación entre el profesional y el cliente. Y precisamente sobre las estrategias a seguir en el desarrollo de la entrevista en esos primeros encuentros entre el profesional y la persona o personas que demandan su ayuda, versa el contenido de este artículo con un doble objetivo:

- Destacar una propuesta de desarrollo de entrevista inicial en la que a la vez que se realiza el proceso de recogida de datos, se elicitaban procesos orientados a la generación de soluciones alternativas más exitosas ¹
- Ilustrarlo con ejemplos sobre su aplicación en diversos casos que puedan aportar estrategias y recursos de intervención útiles para el lector interesado.

Entiendo que tanto el método que en este artículo se presenta como las precisiones sobre su aplicación que se explican pueden ajustarse especialmente bien a las peculiaridades de la práctica psicológica española, de manera que colabore a que los profesionales encontremos soluciones aparentemente simples a problemas humanos complicados. Quiero precisar también que excluyo de los objetivos de este artículo entrar en la formulación y evaluación de nuevas soluciones como terapia a las demandas y necesidades del cliente.

ANTECEDENTES E HISTORIA.

Durante los últimos 50 años la Teoría Sistémica ha aportado numerosos frutos al campo del análisis y la intervención de la comunicación y de los problemas humanos. Dentro de esta línea de trabajo resulta especialmente conocido el grupo del *Mental*

¹ El modelo de entrevista sobre el que versa este artículo ha sido publicado en Giorgio Nardone y Paul Watzlawick (1999): *Terapia Breve: Filosofía y arte*. Herder. Interacciones, epistemología y clínica sistémica. 121-146

Research Institute (MRI) de Palo Alto liderado por Paul Watzlawick, que ha demostrado en este ámbito una capacidad especialmente sobresaliente de generar soluciones originales, creativas y novedosas a la vez que rigurosas tanto desde el punto de vista científico como epistemológico. Debemos a pioneros como Gregory Bateson, Erickson, Watzlawick, Don Jackson, Haley, Eduard Hall y otros la capacidad de generar un tipo de pensamiento en psicología capaz de visionar directrices genealógicas en nuestra manera de entender el mundo que construimos cognitivamente, que han ofrecido fructíferas alternativas al paradigma analítico, mecanicista y unidireccional causal clásico de la ciencia y en el que, lejos de oponerse a dicho modelo, han respondido con el principio estético y el imperativo ético de ampliar las opciones antes que reducirlas.

Cabe mencionar sin embargo a otro grupo igualmente relevante pero quizá algo menos conocido que siguiendo básicamente las mismas directrices epistemológicas ha aportado interesantes matices a la aplicación de la Terapia Estratégico Sistémica. Me refiero al Brief Therapy Center (BFTC), fundado en 1978, ubicado en Milwaukee y del que se puede considerar a Steve Shazer como su principal representante. El BFTC se centra en un desarrollo específico de la Terapia Breve que da tanta o más relevancia al modelo de intervención -entendido como una manera de solucionar problemas- que al tiempo de intervención clínica (entre 7 y 10 sesiones como promedio, previamente pactadas con el cliente) aspecto este último que es una nota característica del sistema de intervención de Palo Alto.

Así, podemos destacar una diferencia relevante entre el modelo de intervención de Palo Alto y el de Shazer: el segundo no establece un número prefijado de sesiones, aunque “se pretende que sean las menos posibles”.

Podemos hablar de un modelo de Terapia Breve que se desarrolla en paralelo con el de Palo Alto que comienza a desarrollarse a finales de los años 60 y que confluye con el grupo de California en 1972, pudiendo reconocerse como hito para su nacimiento oficial como línea diferenciada de trabajo la publicación de su libro: *Terapia Breve: dos es compañía*.²

COMPONENTES BÁSICOS DE LA TÉCNICA.

1.-Determinar las necesidades de intervención del cliente: los Síntomas como “Quejas”.

En terapia tendemos a denominar como síntomas a las conductas disfuncionales y poco adaptativas de las personas. No obstante, es bien sabido que una conducta desadaptativa en un entorno podría ser perfectamente adecuada en otro. En este sentido el que un comportamiento sea considerado adecuado o no depende en buena medida de la percepción e interpretación que la persona hace de una situación determinada.

El método propuesto en este artículo aboga por denominar al síntoma como “queja” o dimensión funcional de un comportamiento que se desea mejorar o cambiar pero que el cliente no sabe muy bien cómo hacerlo. Centra por tanto más la atención en

² Shazer S. de, Brief therapy: Two's company, en “Family Process”, 14, 1975, pp.79-93-

la dimensión dinámica y adaptativa de la respuesta del sujeto a los problemas con los que se enfrenta que en el carácter estático del diagnóstico.

2.-Determinar en qué consiste el “Problema” en el que se desarrolla la “queja”.

Si nos atenemos a las acepciones 2 y 5 del Diccionario de la RAE para definir la palabra “problema” como: *el conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin o la proposición dirigida a averiguar el modo de obtener un resultado cuando ciertos datos son conocidos*; entenderemos que con frecuencia dichas circunstancias o la presencia de una proposición de ese tipo provoque “*vivencias de disgusto o preocupación*”, tal y como el mismo diccionario establece en su acepción 4.

No obstante, los problemas presentan diferentes grados de dificultad según la experiencia y preparación del sujeto que se enfrenta a ellos. Cuando dicha dificultad no es superable por la persona y el problema se “empeña” en aparecer de una manera condenadamente persistente y en contextos relevantes y significativos para su sistema de creencias y de valores , entonces aparecen las “quejas”.

3.-Determinar el contexto problemático en el que se desarrolla la “queja”.

La mayoría de los problemas humanos se desarrollan en el contexto de la interacción con nuestros semejantes. Con frecuencia se produce una colisión de hábitos de conducta, de bagajes experienciales, creencias y valores que generan fricciones y que exigen el reajuste de las maneras de interacción entre las personas. La terapia Breve Focalizada en la Solución de Problemas implica una actitud ecológica en la que se tiene en cuenta y se procura comprender el sistema sociocultural y personal en el que aparecen las quejas y el modo en el que repercuten en el propio sistema de creencias, actitudes, valores y conductas del sujeto.

El modelo de entrevista objeto de este artículo pretende incidir en dicho sistema desde las primeras interacciones con el/la terapeuta, intentando generar cambios en el citado sistema que conduzcan a la aparición de soluciones eficaces y eficientes para el problema presentado.

4.-Determinar las “Soluciones intentadas” para la “queja” presentada.

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

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

5.-Propuesta de Nuevas soluciones.

En numerosas ocasiones la tarea del terapeuta consiste “en ayudar a la abeja a que encuentre el camino de salida de la botella”; pues el cliente una vez atrapado en la situación problemática no hace sino chocar una y otra vez contra los mismos cristales sin acertar con la apertura de salida. Es decir, repetir infructuosamente “más de lo mismo”.

Un aspecto especialmente relevante del modelo de entrevista que se presenta consiste generar el adecuado contexto comunicativo terapeuta-cliente que facilite la creación de nuevas soluciones por parte del segundo, y que sean respetuosas con su sistema de creencias y valores así como con el sistema social de relaciones en el que la queja se presenta.

6.-Generar expectativas de cambio.

Con frecuencia los clientes acuden en un estado de “desgaste” fruto de haber tropezado una y otra vez con la misma piedra. Pueden considerarlo algo casi inevitable; pueden solicitar nuestra ayuda como un último recurso pero “sin muchas esperanzas” en que nuestra intervención vaya a dar resultado.

Un recurso valioso en estas situaciones puede consistir en recurrir a estrategias tales como la reestructuración de las propias cogniciones del cliente o el reencuadre del significado que dicha queja y la situación en la que se presenta tienen para la vida del sujeto. En este sentido es útil definir lo más claramente los objetivos que pretende lograr el cliente con la intervención y a qué otras metas el logro de estos objetivos podrían conducirle, ampliando de este modo el “horizonte” de las posibilidades que la intervención terapéutica le pueden ofrecer al cliente.

MÉTODO DE EVALUACIÓN

Si bien Shazer se centra en la presentación del modelo de entrevista en sí como técnica evaluadora, yo me permito sugerir que deben de considerarse tres fases claramente diferenciadas incluidas todas ellas en la etapa de Exploración Inicial :

La primera que podríamos denominar: *Primer Contacto e iniciación de la relación terapéutica*, en la que se realiza una primera interacción con el cliente. En esta primera fase considero muy conveniente atender a las recomendaciones que Nardone y Watzlawick plantean: “crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, dentro de la cual pueda llevarse a cabo tanto la investigación diagnóstica como las primeras maniobras de adquisición de capacidad de intervención. Por ello, la estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente”³ Este paso en sí incluye una evaluación inicial del modelo comunicativo del cliente y del entorno en el que se desenvuelve.

Una segunda que podríamos llamar: *Investigación diagnóstica* en la que realizar la anamnesis del sujeto, su historia vital y evolutiva, y las pertinentes entrevistas en las

³ Giorgio Nardone y Paul Watzlawick: El arte del cambio. Herder. 1992, p 74 y 75

que explorar los indicadores clínicos que vayamos considerando oportunos; también se aplicarán los instrumentos y pruebas que nos ayuden a realizar un diagnóstico acertado. Conviene informar al cliente de los pasos que vamos dando y calmar en muchas ocasiones el deseo que pueda manifestar de comenzar una intervención directa e inmediata de su queja. Aclarándole que el protocolo seguido es una valiosa herramienta que nos aporta rigor y meticulosidad en la intervención terapéutica .

La tercera la podríamos denominar: *Determinación de objetivos terapéuticos* y es en la que podríamos incluir la aplicación del modelo de entrevista objeto de este artículo. Con frecuencia tendemos a sobreseer este punto, dando por supuesto que cliente y terapeuta coincidimos en los objetivos que buscamos con la intervención. No obstante es una exigencia pragmática fundamental en esta estrategia de intervención por seis motivos:

- a) Por facilitar un acuerdo terapeuta cliente respecto a la demanda de este último
- b) Por dotar a la programación terapéutica de una orientación precisa que permita ir graduando la evaluación del logro de lo previamente acordado y definido, así como realizar su seguimiento .
- c) Para el paciente significa la creación de una sugestión positiva que facilitará la negociación y el acuerdo previo a la intervención en sí y aumentará la adscripción a las prescripciones terapéuticas así como su carácter activo en su propia recuperación.
- d) Ayuda a crear expectativas realistas y precisas sobre la intervención delimitando el ámbito de la intervención y acotando el ámbito de lo conseguido.
- e) Nos permite determinar cuándo se puede dar por finalizada la intervención contando con índices de satisfacción del cliente que se puedan ir contrastando con los acordados en esta tercera fase.
- f) Nos permite evitar los sistemas de valoración “Todo/nada” a la hora de estimar el logro de un objetivo, ajustando por tanto las conductas a tasas de frecuencia e intensidad adaptativas para la ecología del sujeto.

En sí toda la entrevista es un extenso modelo de evaluación estratégico-sistémica que nos permite ir generando propuestas de solución o permitiendo que sea el propio sujeto quien las cree al ir recapacitando sobre las cuestiones que se le formulan. Iremos registrando cada una de las quejas, su frecuencia, intensidad y duración y bajo qué circunstancias y en qué contextos se producen y en cuáles otras situaciones se producen modificaciones que ajustan el comportamiento a los objetivos expresados por el cliente. Así mismo, en cada sesión se irá registrando el grado de aproximación al objetivo u objetivos formulados y qué ha sucedido para que eso ocurra.

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

Como ya he expresado, el modelo de cuestionario con registro de datos que a continuación presento es una adaptación de la propuesta de Shazer ⁴ a la que me he referido en la introducción.

En el sistema de trabajo del BFTV Shazer y sus colaboradores cuentan con varias salas de terapia dotadas todas ellas de cristal unidireccional y sistemas intercomunicados con los terapeutas situados al otro lado. Además ellos realizan una interrupción de la sesión para analizar la información obtenida tras un comentario con los evaluadores situados tras el cristal y entrar de nuevo para dar luego las prescripciones terapéuticas oportunas.

Por desgracia esta riqueza de recursos tanto materiales como humanos son un lujo que no está disponible en la mayoría de las consultas de nuestras ciudades. No obstante considero que podemos aprovechar el modelo propuesto adaptándolo a nuestra realidad usualmente más modesta y limitada. Por este motivo le he dado un formato que permita al terapeuta un rápido y cómodo sistema de registro de información a la vez que pueda ir dirigiendo el desarrollo de la sesión y la he denominado Entrevista Orientada a la Solución de Problemas (EOSP) parafraseando en castellano el término *BRIEF FOCUSED SOLVING PROBLEMS* del equipo de Shazer.

El cuestionario que sirve de base a la entrevista consta de 4 apartados:

- I.-Datos biográficos;
- II.-Referencia y determinación de la queja;
- III.-Formulación de metas y
- IV.-Soluciones.

Para ilustrar lo más operativamente posible el desarrollo y utilización del instrumento presentado, lo iré ejemplificando con el caso de un chico varón de 13 años diagnosticado de déficit de atención con hiperactividad moderada, personalidad impulsiva y baja tolerancia a la frustración como suele ser habitual en muchos de estos casos; su coeficiente intelectual daba una puntuación de 89 y presentaba una situación de fracaso escolar y dificultades de adaptación social, familiar y escolar. No pretendo ejemplificar el uso de la entrevista hasta llegar a la resolución exitosa de un caso, sino tan sólo mostrar cómo podría ser utilizada para el abordaje, intervención y seguimiento. Por este motivo tampoco me centraré en el tipo de prescripciones terapéuticas empleadas y en los resultados que las mismas dieron.

Quiero puntualizar que considero especialmente importante transcribir todas las quejas, metas, situaciones... en el lenguaje y en los términos del paciente consistiendo la labor del terapeuta en facilitar la expresión del mismo cuando este muestre dificultades para expresarse, pero sometiendo siempre a la validación última del paciente las frases que se vayan a transcribir en el cuestionario.

⁴ Giorgio Nardone y Paul Watzlawick (1999): Terapia Breve: Filosofía y arte. Herder. Interacciones, epistemología y clínica sistémica. p 138

I.DATOS PERSONALES:

Fecha de entrada:_____ Edad:_____ Fecha de nacimiento:_____
Nombre y apellidos:_____

Estado civil:_____ Personas con las que vive:_____

Estudios realizados:_____ Profesión:_____

Dirección:_____

Localidad:_____ Tfno.:_____

Derivado por:_____

II.REFERENCIAS Y DETERMINACIÓN DE LA QUEJA :(DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA)

¿Qué problemas presenta que le hacen sentir que necesita ayuda?: (Especificar qué sucede lo más exactamente posible) y con qué frecuencia

En esta fase de la entrevista la familia acudía con numerosas quejas en diferentes ámbitos tal y como suele ser habitual en este tipo de casos. Lo primero fue escoger un ámbito específico en el que pudiéramos contar con el seguimiento y colaboración decidido del entorno. Tras una exploración del medio escolar y familiar optamos por centrarnos primero en el familiar para ajustar las conductas que pudieran resultar más disruptivas, con la esperanza de poder pasar luego a otros contextos o de lograr modificaciones que pudieran revertir favorablemente por sí mismas en otras situaciones. En este caso la intervención se desarrolló con los padres y sin contar con la presencia del hijo.

Tras formularles la pregunta a los padres de qué “quejas” consideraban más necesitadas de intervención en su hijo, ambos coincidieron en las dos siguientes:

QUEJAS (Numerarlas)	FRECUENCIA (Días, semanas,..)
1.-Bajo nivel de tolerancia a la frustración (impaciencia e irritabilidad cuando no conseguía de manera inmediata todo lo que deseaba)	A diario y varias veces a la semana
2.-Comentarios sobre lo poco que lo querían y apreciaban sus padres por no prestar atención a sus frecuentes deseos	A diario y varias veces a la semana (los padres lo definían como “baja autoestima”)

¿Quién está involucrado en cada queja y cómo difiere la queja según quien esté involucrado o no en algún punto en particular:

Indagar en presencia de qué personas aparecen las “quejas” y qué cambios se perciben según estén presentes diferentes tipos de personas.

QUEJA N°:	QUIÉN ESTÁ INVOLUCRADO	DIFERENCIAS QUE SE NOTAN:
1.-	Con sus padres fundamentalmente y aunque haya presentes otras personas conocidas o familiares	Cuanta más familiaridad y roce tiene con la persona, menos paciencia muestra.
2.-	El padre y la madre	Cuando hay otras personas presentes, entonces no expresa sus lamentaciones.

EXCEPCIONES (QUÉ OCURRE CUANDO NO SUCEDE LA QUEJA):

EXCEPCIONES A LA QUEJA N°:	QUÉ SUCEDE ENTONCES:
1.- Cuando está más tranquilo	Puede aceptar una negativa a sus deseos.
2.- Si baila –actividad que él considera que hace especialmente bien- o cuando practica el fútbol	Entonces se muestra orgulloso y satisfecho de sí mismo y considera que sus padres también sienten y piensan igual que él.

III.-FORMULACIÓN DE METAS (DESDE UNA PERSPECTIVA REALISTA Y DEPENDIENDO DE LA PERSONA AFECTADA):

UNA PREGUNTA ÚTIL PARA ESTO PUEDE SER: ¿CÓMO SABRÍAS QUE TU QUEJA HA SIDO RESUELTA?

Conviene aquí centrar la atención en objetivos realistas y acordes con la historia del sujeto, con su evolución y con su diagnóstico para determinar objetivos a corto plazo que puedan ir sirviendo como escalones que nos conduzcan a otros más ambiciosos y de mayor nivel. Además una estrategia que puede resultar especialmente útil es la que refieren Nardone y Watzlawick en la obra citada: “ (...) es muy provechoso centrar la atención del paciente en cambios aparentemente triviales, en pequeños detalles de la situación. Se persigue con ello no dar la sensación al paciente de que se le somete a exigencias excesivas en lo que se refiere a la percepción de sus propios recursos personales (...).

El pequeño cambio , de hecho, provoca una reacción en cadena de modificaciones en el interior del sistema que se ordenan a la búsqueda del reequilibrio del sistema mismo. (...)

Cuando mediante una progresión de pequeños cambios, el terapeuta ha conducido a la persona a la modificación de sus acciones disfuncionales y de sus “imágenes del mundo”, la terapia ha alcanzado su objetivo”.⁵

En este caso estas fueron las metas que acordaron ambos progenitores:

⁵ Giorgio Nardone y Paul Watzlawick: El arte del cambio. Herder. 1992, p 83 y 84

QUEJA N°:	METAS U OBJETIVOS DE CAMBIO TERAPÉUTICO:
1.-	Que fuera capaz de afrontar y aceptar con tranquilidad y con otra “filosofía” de la vida las frustraciones, obstáculos e impedimentos que suelen aparecer a diario.
2.-	Ambos coinciden en opinar que si se solucionara la primera queja entonces desaparecería esta segunda.

IV.-SOLUCIONES

SOLUCIONES INTENTADAS ¿CÓMO HA INTENTADO SOLUCIONAR EL PROBLEMA HASTA AHORA?:

Este apartado tiene especial relevancia pues como ya dije los pacientes son los mayores expertos en sus problemas y en sus quejas y conviene que el terapeuta detecte cómo han intentado resolver la situación hasta el momento. La actitud del terapeuta debe ser de una aceptación neutral, sin entrar en valoraciones sobre los intentos pasados de los pacientes. Esta fase les ayuda a reflexionar sobre las estrategias seguidas hasta el momento y a que desarrollen su propia capacidad crítica al aportarles la posibilidad de realizar un análisis con una perspectiva de distanciamiento temporal.⁶

QUEJA N°:	INTENTOS DE SOLUCIÓN	¿QUÉ CREEN QUE HA FALLADO EN ESOS INTENTOS?
1.-	El padre refiere que ha intentado hablar y razonar con él; ponerlo en el lugar de otras personas La madre refiere que ella suele usar además el castigo : como dejarlo sin salir	Entienden que la forma en que se lo decían no era la correcta ya que le hablan alterados e insultándolo En muchas ocasiones terminan perdiendo los papeles ante la actitud persistente y “machacona” del hijo
2.-	Le han razonado, lo han “animado” y le han tratado de valorar sus cualidades tales como sus buenos sentimientos.	Consideran que lo critican demasiado cuando falla o no se comporta adecuadamente.

NUEVAS SOLUCIONES (Imaginar una versión solucionada de la queja):

En ocasiones y ante la resistencia del paciente puede resultar útil sugerirle que “juegue” a imaginar una solución o una situación en la que la queja no apareciese.

⁶ A este respecto Shazer escribe: “Una diferencia considerable que distingue la terapia breve de los otros modelos está en la idea de la terapia breve según la cual, por horrorosa y compleja que sea la situación, un pequeño cambio en la conducta de una persona puede llevar a profundas diferencias de largo alcance en la conducta de todas las personas involucradas”.

Giorgio Nardone y Paul Watzlawick (1999): Terapia Breve: Filosofía y arte. Herder. Interacciones, epistemología y clínica sistémica. p 125

*Un recurso útil puede consistir en utilizar el término “como si” ; se puede decir, “ya sé que es muy difícil que logres concebir el cambio, prueba a imaginar **como si** la queja entonces ya no se presentara”.*

Esta estrategia puede facilitar el que el cliente genere hipótesis en las que pueda contemplar la posibilidad de superar la queja y cómo esto afectaría a sí mismo y a su entorno.

A) Considerar la excepción como si fuera la regla:

QUEJA N°:	¿QUÉ PASARÍA ENTONCES?:
1.-	La vida familiar seguiría un curso más normalizado, sin tantos conflictos ni altercados y recibiría recompensas y premios. (En este momento los padres comentan sorprendidos que ahora se le premia en numerosas ocasiones, sin merecerlo tan sólo por la actitud cansina que muestra y el aburrimiento y hartazgo que provoca en los progenitores). ⁷
2.-	Se le ensalzaría su actitud y se le demostraría que el tiene numerosas cualidades.

Según mi experiencia, un entrevistador experimentado normalmente suele llegar en una hora hasta este punto del cuestionario. Caben ahora dos posibilidades:

1. Continuar con la entrevista y prolongarla por el espacio de una o dos horas o más.
2. Bien interrumpirla y continuarla en otra sesión posterior. Personalmente suelo considerar más adecuado interrumpir la sesión en este momento, dado que los pacientes suelen estar cansados y que el marco horario de trabajo en el que solemos desarrollar nuestra actividad tiende a estar organizado en periodos de una hora, tanto para nosotros como para los propios hábitos de los clientes. En el caso de que se opte por esta decisión se pueden presentar dos alternativas:
 - a) Que el terapeuta se retire y tras analizar los datos vuelva a la sala aportando al paciente una o varias prescripciones terapéuticas
 - b) Que considere la posibilidad de encuadrarle al cliente la entrevista en un marco de recogida de información que continuará en la próxima sesión antes de presentar las oportunas prescripciones terapéuticas.

Son dos opciones estratégicas con diferentes variantes y dependerá de la percepción y valoración que el terapeuta haga del problema el que opte por una u otra.

Mi experiencia me ha mostrado que cuando he optado por la alternativa b) en muchas ocasiones en la siguiente entrevista al indagar por la queja, los clientes decían un tanto sorprendidos que esta se había reducido considerablemente o que incluso había desaparecido; sin saber muy bien “por qué” se había producido un cambio e intentaban dar respuestas un tanto forzadas: tales como atribuirlo a la casualidad, o a circunstancias casualmente contingentes; pero sin creer demasiado firmemente en que en realidad esas fueran las causas reales de la mejoría.

⁷ Este comentario nos obliga a volver a analizar el apartado de soluciones intentadas y registrar que probablemente ese haya sido también un fallo a considerar y como tal se registra.

ANÁLISIS DE LA PAUTA⁸

En los cuatro apartados siguientes propondré un ejemplo de preguntas que podrían formularse para facilitar la tarea de reflexión y análisis del cliente y la búsqueda consecuente de respuestas con las que encontrar nuevas soluciones. Conviene subrayar que las preguntas no son prescripciones terapéuticas en sí, sino tan sólo exploraciones e indagaciones de cómo ciertas modificaciones podrían afectar al desenvolvimiento habitual de la queja.

En el caso que presento no hubo necesidad de recurrir a esta fase del cuestionario pues las metas comenzaron a lograrse con prescripciones obtenidas en la primera fase de la entrevista. No obstante presento algunas posibles sugerencias de cómo podrían cumplimentarse las casillas restantes.

B)Cambiar el lugar de la pauta:

QUEJA N°:	¿QUÉ PASARÍA ENTONCES?:
1.-Desarrollar la queja en otra casa, por ejemplo de unos familiares o en el colegio	
2.- Idem que para queja 1.	

C)Cambiar el personaje involucrado:

QUEJA N°:	¿QUÉ PASARÍA ENTONCES?:
1.-En vez de con los padres, que realice la queja ante un familiar: el tío, tía, abuelos...	
2.- Idem que para la queja 1	

D)Añadiendo un nuevo paso o elemento a la pauta:

En este caso se trata de incorporar alguna acción a la secuencia que interrumpa y modifique la manera habitual en la que se desarrolla el "problema".

⁸ Con el término "pauta" nos referimos a la secuencia de acciones o conductas que generan el problema y que nos permitiría trazar una distinción o notar una diferencia entre algunas de las fases de dicha secuencia. Es un término extraído de la cibernética con amplias aplicaciones en terapia estratégico sistémica. Para más información me remito a la obra de Bradford P.Keeney: Estética del Cambio. Paidós.1991.p 53 y 170 a 174.

QUEJA N°:	¿QUÉ PASARÍA ENTONCES?:
1.-¿Qué ocurriría si cada vez que expresa un deseo debe de formularlo previamente por escrito para entregarlo a los padres?, o ¿si debe de pararse y solicitar calmadamente la atención de sus padres?...	
2.- Pedirle que se marcara unos pasos de baile antes, durante o después de realizar su queja como condición sine qua non para ser atendido...	

E)Aumentando o Disminuyendo la frecuencia de la pauta:

QUEJA N°:	¿QUÉ PASARÍA ENTONCES?:
1.-Darle la instrucción de que debe de formular su deseo tres veces más de las que habitualmente lo hace y con las mismas palabras para ser atendido. O hacerlo tres veces menos de las que lo hace.	
2.-Idem que para la queja 2	

Aunque el modelo de entrevista que propongo finaliza con estos ítems, Shazer y su equipo proponen aún otras posibilidades a indagar tales como las que expongo a continuación:

- Aumentar la duración de la secuencia
- Introducir un inicio y un final al azar

ÁREAS DE APLICACIÓN

Shazer y sus colaboradores la consideran aplicable en situaciones que van “desde dificultades normales de la vida, hasta fracasos reiterados en psicoterapia, incluido cualquier elemento de la gama entera de problemas psiquiátricos”.⁹

Personalmente considero que puede ser un recurso especialmente válido para las “dificultades normales de la vida” tales como consultas de situaciones clínicas sin una especial carga psiquiátrica. También puede convertirse en una herramienta más a la que poder recurrir en los procesos de orientación familiar y personal e incluso en el ámbito educativo.

CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

En este artículo se ha pretendido mostrar un ejemplo de aplicación de la entrevista desarrollada por el grupo BFTV de Shazer, como un marco de comunicación vehículo del cambio terapéutico considerando que si la realidad es una “construcción” nuestra, la comunicación -como vehículo operativo para la aplicación de lógicas alternativas a la persistencia del problema- también lo es.

⁹ Giorgio Nardone y Paul Watzlawick (1999): Terapia Breve: Filosofía y arte. Herder. Interacciones, epistemología y clínica sistémica. p 133

He pretendido aportar una visión particular fruto del estudio y utilización de la misma por parte de mi persona en aras de desarrollar un modelo lo más simple posible. Evidentemente estas páginas están muy lejos de presentar un informe definitivo y tan sólo pretenden abrir una puerta más a preguntas pendientes de obtener una respuesta:

1. La primera de ellas, realizar estudios pormenorizados que indicaron el nivel de incidencia que tendría la aplicación de este modelo de entrevista en el proceso de solución de problemas y de las “quejas”.
2. ¿Se podrían establecer categorías y relaciones estandarizadas entre cierto tipo de quejas y sus posibles soluciones?.
3. Cómo se podría estudiar y analizar lo que el terapeuta hace mientras aplica el modelo de entrevista?.
4. Y qué papel jugarían dichas actuaciones en los resultados obtenidos.
5. ¿Se podrían establecer ámbitos profesionales en los que resulte más adecuada que en otros?.
6. ¿En qué tipo de casos y diagnósticos puede resultar más eficaz aplicar este recurso?