



POST-TÍTULO: PSICOTERAPIA SISTÉMICA ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

VAIVENES EMOCIONALES: SOBRE CÓMO UNA ADOLESCENTE REINVENTA LA AUTORREGULACION DE SU REPERTORIO EMOCIONAL

Caso clínico para optar a la Acreditación como Especialista en Psicoterapia por la
Comisión de Acreditación de Psicólogos Clínicos (CONAPC)

Mg. KARIN RENCK ORELLANA

PROFESORA PATROCINANTE: Mg. MARIA AMELIA BARRERA MORALES

SANTIAGO, DICIEMBRE DE 2012

VAIVENES EMOCIONALES:

SOBRE CÓMO UNA ADOLESCENTE REINVENTA LA
AUTORREGULACION DE SU REPERTORIO EMOCIONAL

Caso clínico para optar a la Acreditación como Especialista en Psicoterapia por
Comisión de Acreditación de Psicólogos Clínicos (CONAPC)

Mg. Karin Renck Orellana

Programa tutorial

Psicoterapia Sistémica Orientada a las Soluciones

Mg. María Amelia Barrera Morales

Cambiodós. Obispo Donoso n° 5, departamento 51

Providencia, Santiago de Chile

Teléfono: 22693128, formacion@cambiodos.cl

Dedicado a las mujeres de mi familia, en especial a mi madre, Juani, a los hombres de mi familia, en especial a mi padre, Alexander, y mis hermanos

Werner, Johann, Conrad y Stefan

y a las nuevas generaciones de hombres y mujeres que buscan intensa y porfiadamente hacer de este mundo un lugar de amor, paz y prosperidad.

Dedicado también a todos los profesores, amigos y amigas que me han hecho

lo que soy. Y gracias a Dios por la sensibilidad que tengo y que me ha permitido ejercer mi profesión con amor, respeto y ética. Y dedicado a mi alma gemela, que espero algún día nos encontremos en este camino de aprendizaje que es la Vida.

"If we can cry together, we can laugh together"

Anónimo

Mis agradecimientos a María Amelia, Beatriz, María Verónica, Claudia, Jane, Caroline, René y Cristóbal, por mostrarme su forma particular de hacer terapia, y su contribución a que este mundo sea cada vez mejor.

INDICE

Comentado [U1]: Confirmar numero de pagina

Resumen/Abstract.....	1
1. Introducción.....	2
2. Terapia Orientada a la Solución (TOS).....	3
2.1 Supuestos básicos.....	4
2.2 Técnicas	5
2.2.1 Descripción sobre cómo abordar primera sesión y siguientes según TOS (incluyendo técnicas principales)	6
2.2.2 Otras técnicas del modelo TOS.....	7
2.2.2.1 Preguntas acerca de por qué ahora	
2.2.2.2 Preguntas presuposicionales	
2.2.2.3 Secuencia de manejo de la situación problemática	
2.2.2.4 Secuencia pesimista	
2.2.2.5 Preguntas para externalizar el problema	
2.2.2.6 Preguntas centradas en el futuro	
2.2.2.7 Preguntas conversacionales	
3. Mundo emocional.....	8

4. Antecedentes del caso.....	9
4.1 Identificación del sistema consultante.....	10
4.2 Genograma	11
4.3 Resumen del proceso terapéutico	12
4.4 Otros antecedentes relevantes a considerar.....	13
5. Aplicación del modelo de Terapia Orientada a las Soluciones (TOS)	
5.1 Construyendo el problema.....	14
5.1.1 Historia de la queja (Sesión 1)	
5.1.2 Co- construcción del motivo de consulta (Sesión 2) y definición de objetivos (Sesión 3)	
5.1.3 Escogiendo pautas más efectivas de autorregulación emocional (Sesión 4)	
5.1.4 Sesiones posteriores y cierre terapéutico (Sesión 5, 6 y 7)	
5.2 Análisis descriptivo del caso desde la Terapia Orientada a las Soluciones (TOS).....	15
6. Discusión y conclusiones.....	16
7. Referencias bibliográficas.....	17
8. Anexos.....	18

RESUMEN

El presente trabajo muestra el proceso terapéutico entre sistema consultante y equipo desde el modelo de Terapia Orientado a la Solución (TOS), en la búsqueda de excepciones o soluciones efectivas a las “crisis de pánico” de una adolescente. Si se toma en cuenta que una excepción es una solución, y las soluciones “simplemente consisten en que alguien hace algo diferente o ve algo de modo diferente” (de Shazer, 1997, p. 33), lo que se presenta aquí es una forma de cambiar un discurso emocional *autoinvalidante* (Jubés, Laso y Ponce, 2013) hacia una autorregulación de su repertorio emocional distinta, que restablece el sentido de quien se es, y de lo que se quiere ser (de Jong y Berg, 2002/1998).

ABSTRACT

The present work shows the therapeutic process between client and therapeutic team from the model Brief Solution Focused Therapy (BSFT), in finding exceptions or effective solutions to the "panic attacks" of a teenager.

Taking into account that an exception is a solution, and solutions "simply are that someone does something different or see something differently" (de Shaker, 1997, p. 33), what is presented here is a to change an emotional self invalidant speech (Jubés, Laso & Ponce, 2013) to self-regulation of different emotional repertoire, which restores the sense of who you are, and what you want to be (de Jong & Berg, 2002/1998).

1. Introducción

Este artículo se aboca a presentar el modelo de trabajo terapéutico desde la Terapia Orientada a la Solución (TOS) a través de un caso clínico, enfoque impulsado y profundizado por Steve de Shazer (1992/1997). Dicha iniciativa corresponde a un cuestionamiento surgido en el Brief Family Therapy Center (BFTC) de Milwaukee, quienes se preguntaron qué *condiciones* resultan favorecedoras del cambio. Desde el modelo de terapia breve del MRI de Palo Alto habían estado trabajando en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean, poniendo atención a los *intentos de solución* que, finalmente, mantenían el problema. Iniciaron un trabajo de investigación *inductivo* a través de la observación de casos reales, donde tomó interés la forma en que las personas encuentran *soluciones eficaces*; en otras palabras, el enfoque de la TOS orienta la conversación terapéutica a aquello que sí funciona y que permite superar la queja o problemática inicial. Una vez identificada la *excepción*, entendida como la solución eficaz o estrategia apropiada de solución del problema (Ochoa de Alda, 1995), se busca ampliar y resaltar aquello que funciona y aumenta la satisfacción en la vida de los miembros del sistema consultante.

El caso presentado conlleva una aventura por sí misma, en la que ambos padres ponen de manifiesto su interés por resolver las “crisis” de su hija adolescente, quien a su vez se presenta a sí misma estancada en un funcionamiento limitado. El trabajo en equipo desarrollado en 7 sesiones en Cámara de Guesell presenta una serie de cuestionamientos sobre cómo

comprender el funcionamiento de cada uno de los miembros, y cómo co-construir soluciones eficaces con una profunda atención a las creencias de cada uno respecto a la problemática, desde una alianza terapéutica auténtica, respetuosa, cálida y empática (Miller, Duncan y Hubble, s.f.).

Se tenía un mapa de ruta desarrollado por de Shazer (1992), el cual da orientación desde el modelo TOS en cuanto a qué señales atender a medida que se va avanzando en el proceso terapéutico, y en base a éstas ir tomando decisiones en la *búsqueda de excepciones* y enriquecimiento de los recursos que permiten aumentar el nivel de satisfacción del sistema consultante. En este caso, la especificación de las *estrategias eficaces de solución* abre un proceso creativo, poniendo en juego los recursos tanto del sistema consultante como del equipo en espejo, en dar vida a una experiencia del mundo emocional reinventada.

2. Terapia Orientada a las Soluciones

La Terapia Orientada a las Soluciones (TOS), es una de las terapias breves dentro de una familia de enfoques del modelo sistémico que se gestó en EEUU y después se difundió por todo el mundo, incluido Europa. Su desarrollo se atribuye a Steve de Shazer y su mujer Insoo Kim Berg, quienes trabajaron junto con los aportes de sus colegas del Centro de Terapia Familiar Breve (BTFC, por sus siglas en inglés) de Milwaukee, que incluyen a Eva Lipchik, Gingerich Wallace, Nunnally Elam, Molnar Alex y Michele Weiner - Davis (Beyebach, 1999).

Sus bases se fueron sustentando en el trabajo previo realizado por Gregory Bateson (especialmente en sus ideas sobre la comunicación) y el Grupo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, donde participan Donald De Avila Jackson, Paul Watzlawick, John Weakland, Virginia Satir, Jay Haley, Richard Fisch, Janet Bavelas Beavin, entre otros (Beyebach, 1999; Pacheco, s.f.).

A comienzos de la década de los 70, de Shazer y su grupo se dedicaron a “determinar cuáles actividades de los terapeutas eran más útiles para los pacientes” (Pacheco, s.f., p. 1), mediante la observación del trabajo de los terapeutas a través del espejo de visión unilateral. De este cuidadoso trabajo de investigación han desarrollado la Terapia Orientada a la Solución (TOS), o Terapia Centrada en las Soluciones, un enfoque innovador en el trabajo terapéutico. Como señalan de Jong y Berg (1998/2002, citado en Pacheco, s.f.), a diferencia de la mayoría de los abordajes terapéuticos que se desarrollan en forma *deductiva*, que consideran ideas preexistentes respecto

de la naturaleza y el origen/causas de los problemas de los pacientes, “esos investigadores trabajaron en forma *inductiva*, observando las entrevistas terapéuticas y prestando atención a los aspectos más útiles de aquellas” (Pacheco, s.f., p.1), en cuanto a generar un cambio terapéutico en los consultantes. De este modo, el grupo de BTFC puso su foco en las *soluciones* y cómo funcionan, a diferencia del enfoque de Milton H. Erickson, del MRI y el del Grupo de Milán que “tenían su foco en el tratamiento de *problemas*, su mantención y posibles soluciones” (Pacheco, s.f., p.1).

Desde este enfoque Orientado a la Solución, dilucidan que la mayoría de los modelos de relación de ayuda se podrían incluir dentro de aquellos abordajes que buscan “resolver problemas” (*problem solving*), en contraste con el modelo terapéutico que “construye soluciones” (*solution building*). Las relaciones de ayuda orientadas a “solucionar problemas” (problem solving), contemplan las siguientes etapas: i) Descripción del problema; ii) Evaluación del problema; iii) Planificación de la intervención (para aliviar o reducir las consecuencias negativas del problema. El experto se basa en su propio conocimiento del problema); iv) Intervención; v) Evaluación y seguimiento (de Jong y Berg, 2002/1998).

El enfoque “constructor de soluciones” (“*solution building*”), u orientado a la solución, ayuda a desarrollar una visión de futuro más satisfactoria, y tanto terapeuta como cliente se dirigen hacia aumentar la conciencia (*awareness*, en inglés) respecto de los recursos y fortalezas que el cliente puede usar para cambiar la visión de su realidad (De Jong y Berg, 2008/2002), poniendo el foco

en la visión futura del cliente sin el problema. La TOS, a diferencia de los otros enfoques estratégicos, se enfoca en la construcción de soluciones: “la construcción de soluciones implica una orientación destinada a explorar en detalle las excepciones a los problemas (es decir, cuando éstos no se han dado estos en el pasado)” (Pacheco, s.f., p.3). De acuerdo a de Shazer (1992), utilizan el término excepción:

“porque los clientes tienden a considerar que sus problemas o dificultades “suceden siempre” (una regla). Cuando el problema no se produce, parece como si se hubiera quebrado una regla pero al cambio no se le concede importancia. Cuando el problema no se produce, se considera que eso es una “casualidad” y no una prueba de que las cosas podrían andar mejor, lo cual sugiere que “toda regla tiene su excepción” .(p. 28)

La TOS representa entonces, un cambio paradigmático en el quehacer terapéutico al sostener que “el cliente tiene las soluciones dentro de sí mismo, pero no se ha percatado de ello” (Pacheco, s. f., p. 4). En vez de concentrarse en lo que viene haciendo mal o cómo se da la pauta interaccional disfuncional sostenedora del problema, se enfoca en las excepciones al problema (Pacheco, s.f.). Cuando el terapeuta dirige la entrevista hacia un futuro sin el problema, estimula la construcción de una nueva realidad, en la cual el problema ya no está presente. Pacheco (s.f.) sostiene que desde un punto de vista “epistemológico/neurológico”, “si la realidad humana se da en el lenguaje, el “lenguajear” respecto a un futuro sin el problema sin dudas tiene correlatos a

nivel físico de los engramas cerebrales para la facilitación de los nuevos comportamientos imaginados” (Pacheco, s.f., p. 4). La TOS se enfoca directamente en aumentar los espacios no problemáticos, con lo que va disminuyendo el tamaño del problema (Beyebach, 1999). La terapia se trata de un “conjunto de conversaciones en las que se habla de lo que ha ido bien, de lo que está yendo bien o de lo que puede llegar a mejorar” (Beyebach, 1999, p. 6).

Como señala Beyebach (1999) “nos gusta pensar que los puntos de vista que nuestros clientes mantienen en torno a su situación son también construcciones, formas de contarse cosas a sí mismos y a los demás, susceptibles de ser negociadas en la interacción social y reemplazadas por otras más útiles (no más verdaderas)” (Beyebach, 1999, p. 3). Este planteamiento, según el mismo autor mencionado, corresponde a la filosofía del construccionismo social (*Jubés, Laso y Ponce, s.f.*) en el cual los terapeutas:

“iniciarán un intercambio destinado a poner en evidencia (o a aflojar) las historias, las formas discursivas, que mantienen la emoción en su lugar, para, a la larga, trascenderlas. No les interesa el “espacio interno”, inexistente, ni la “experiencia” en sí, más allá de sus palabras (...) ni el “sujeto” (...). Su malestar proviene de estar estancado en un discurso autoinvalidante; es necesario fomentar el crecimiento de otros, menos negativos, más abiertos a otras voces (...) no interesa “quien” es responsable, quien debe dar cuenta de qué; interesa, nuevamente, mover el discurso hacia otros ámbitos”. (pp. 6- 7)

Estas construcciones pueden ser vistas, siguiendo a Wittgenstein (Beyebach, 1999), como “juegos de lenguaje”, siendo la terapia “un proceso lingüístico en el que se fomenta un lenguaje centrado en las soluciones que sustituya al lenguaje centrado en los problemas en que los clientes están atrapados. La genialidad de los terapeutas del BFTC posibilitaron conseguir a través de una *conversación* los mismos efectos terapéuticos que Milton Erickson aplicaba a sus pacientes bajo trance hipnótico, llamada “pseudo orientación en el tiempo” (Pacheco, s.f., p. 5). Las preguntas terapéuticas cumplen un rol clave en el ejercicio clínico, que según plantean Anderson y Goolishian (1996 en Pacheco, 2003, p.1-2) puede describirse del siguiente modo:

“la pregunta terapéutica o conversacional es la herramienta más importante de que se vale el terapeuta para expresar su pericia (...) las preguntas terapéuticas surgen siempre de una necesidad de saber más acerca de lo que acaba de decirse. Así, el terapeuta está siempre informado sobre los relatos del cliente y aprende siempre un nuevo lenguaje y una nueva narrativa (...) durante el proceso de la psicoterapia el terapeuta no está aplicando un método de interrogación, sino que está continuamente adaptando su comprensión a la de otra persona. Así, el terapeuta está siempre en proceso de comprensión, siempre en camino a la comprensión, siempre en proceso de cambio. Las preguntas formuladas desde la ignorancia reflejan esta posición del terapeuta y este proceso terapéutico (...) La tarea del terapeuta,

por lo tanto, no consiste en analizar sino en intentar comprender, comprender desde la cambiante perspectiva de la experiencia vital del cliente”.

El terapeuta tiene una confianza básica en que “el cliente tiene los recursos para cambiar; es decir, es una teoría de “lo que puede funcionar sanamente” en lugar de una teoría que se centra en la “enfermedad” (Pacheco, s.f., p. 4). En este enfoque terapéutico se manifiesta en toda su magnitud el concepto de “utilización terapéutica” desarrollado por Milton Erickson, según el cual las creencias, vocabulario, historia de vida, síntomas, resistencias, entre todas las cosas que el cliente trae a terapia, es utilizado para construir estrategias terapéuticas. Se enfoca en responder a las necesidades que cada cliente trae a terapia, para llevar a cabo una terapia individualizada (Pacheco, s.f.). Manifiesta un profundo respeto hacia la realidad del cliente.

Miller, Duncan y Hubble (s.f.), siguiendo una línea de investigación desde la TOS, se enfocaron en determinar los factores comunes del cambio terapéutico en psicoterapia, y que son comunes en todos los enfoques terapéuticos. Los hallazgos son sorprendentes: contrario a lo que la mayoría de los enfoques terapéuticos han defendido como responsable absoluto del cambio, i) los *modelos y las técnicas* representan el 15% de influencia en cuanto al cambio terapéutico. Otro hallazgo interesante es que son ii) *los factores extraterapéuticos* los que tienen un 40% de influencia en el resultado de la terapia efectiva. Los factores extraterapéuticos son los recursos que el cliente aporta a la terapia y que influyen su vida fuera de aquella. Incluye los cambios

previos al tratamiento y la teoría del cambio del cliente (se refiere a las creencias de la persona antes del tratamiento respecto a su problema y a los procesos de cambio). iii) Las *expectativas, esperanza de cambio y factores placebo* tienen un 15% de influencia en el cambio terapéutico. Encontraron que iv) *la alianza terapéutica*, que Bordin (1976) define como “el encaje y colaboración entre cliente y terapeuta” (Corbella y Botella, 2003), tiene un 30% de incidencia en el cambio terapéutico (Miller, Duncan y Hubble, s.f.). Entonces, de los 4 factores comunes a la psicoterapia, la que adquiere relevancia para la TOS es la alianza terapéutica, en la cual el terapeuta juega un rol esencial.

Al respecto, Miller et col. (s.f.), indican que la alianza terapéutica implica establecer mutuamente, entre terapeuta y cliente, a) *las metas, significados y propósitos de la terapia*. Se guía por la pregunta ¿qué quiero lograr?; b) *medios y métodos para llegar a los objetivos de forma colaborativa*. Se guía por la pregunta: ¿cómo lo logro?; y c) *la visión del terapeuta* por parte del cliente (que es lo que mejor predice el resultado). De parte del terapeuta implica proveer un lazo emocional que no debe ser amorosamente meloso, sino auténtico, respetuoso, cálido y empático (de mutua confianza, confidencialidad y aceptación). A estos 3 elementos se le ha llamado “la metáfora de tres patas”, la cual alude a que la alianza terapéutica está conformada por estas “3 patas” (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown, Johnson, 2003), y que es la teoría de cambio del cliente la que las une que, como ya se dijo, se refiere a las creencias de la persona antes del tratamiento respecto a su problema y a los procesos de cambio (Miller, Duncan y Hubble (s.f.). Parte importante del proceso

terapéutico es que, al finalizar cada sesión, se aplica un instrumento de evaluación de la sesión (Anexo 1), llamada *Escala Revisada de Evaluación de la Sesión* (Session Rating Scale -Revised, SRS-R en inglés) creada por Johnson y Miller (2000, citado en Miller, Duncan, Hubble, M., s.f.) para evaluar la percepción del cliente de la relación terapéutica. Como expresa Insoo Kim Berg (de Jong y Berg, 2002/1998): “Sabendo cuando empujar, cuando dejar ir, que escuchar, y qué ignorar -todas estas habilidades están basadas en el profundo respeto de la dignidad humana y ayuda a restablecer el sentido de quiénes son y de lo que quieren ser”.

Comentado [U2]: Agregar Anexo 1 al final

2.1 Supuestos básicos

Insoo Kim Berg y de Jong (2002/1998) plantean los siguientes supuestos:

- i) A pesar de los problemas, todas las personas tienen recursos para aumentar la calidad de vida;
- ii) La motivación del cliente aumenta conforme aumentan los recursos desde donde se define el cliente;

iii) El descubrir las fortalezas es un proceso colaborativo entre terapeuta y cliente; el terapeuta no tiene la última palabra en cuanto a que necesita el cliente para mejorar su vida;

iv) Enfocarse en las fortalezas aleja al terapeuta de la tentación de juzgar o culpabilizar a los clientes por sus dificultades y lo empuja hacia el descubrimiento de cómo el cliente sobrevive, aun en las peores circunstancias

v) Todos los contextos, incluido el más desolado, contienen recursos (Saleebey, 2007, en de Jong y Berg, 2002/1998).

De Shazer et al. (1986, citado en Pacheco, s.f., p.1) publicaron en la revista Family Process el artículo “Terapia Breve: Desarrollo Centrado en soluciones”, donde establecen las bases del enfoque terapéutico orientado a la solución. En esta publicación establecieron los siguientes principios fundamentales de este enfoque (Pacheco, s.f., p. 2):

1) “La mayoría de las quejas se desarrollan y mantienen en el contexto de la interacción humana... las soluciones residen en el cambio de interacciones en el contexto de las limitaciones propias de la situación” (de Shazer et al., 1986/1999, p. 123)

2) “La tarea de la terapia breve es ayudar a los clientes a hacer algo distinto, cambiando su conducta interactiva y/o su interpretación de la conducta y las situaciones, de modo que pueda llegarse a una conclusión (la solución de la queja).” (de Shazer et al., 1986/1999, p. 123)

3) La denominada “resistencia” de los pacientes al cambio terapéutico, es entendida como el estilo particular de cooperar de ellos, “la vemos más bien

como la manera que el cliente tenía de hacernos saber cómo podíamos ayudarlo”. (de Shazer et al., 1986/1999, p. 124)

4) Toda conducta puede ser contemplada desde muchos puntos de vista, y el significado que se da a la conducta (o a una secuencia de comportamientos) depende de la construcción mental o interpretación del observador. (de Shazer et al., 1986/1999, p. 125)

5) “Sólo se requiere un pequeño cambio. Por consiguiente, sólo es necesario un objetivo mínimo y razonable”. (de Shazer et al., 1986/1999, p. 125)

6) “El cambio en una parte mínima del sistema lleva a cambios del sistema en su conjunto”. (de Shazer et al., 1986/1999, p. 125)

7) “Puede conseguirse una terapia efectiva incluso cuando el terapeuta no puede describir de qué se queja propiamente el cliente”. (de Shazer et al., 1986/1999, p. 126)

(Pacheco, s.f., p. 2)

2.2 Técnicas

Como señala Weakland (1988, en de Shazer, 1992), “de Shazer siempre se ha interesado fundamentalmente por tratar de definir la esencia de la psicoterapia eficiente, tanto desde el punto de vista intelectual como desde el punto de vista práctico: es decir, por lograr una especificación clara y concisa (en términos ideales, mínima) sobre el contenido de la terapia breve y cuáles son los pasos para llevarla a cabo” (p. 11). Por esto es que en base a un acucioso proceso investigativo, es que presenta en su libro “un diagrama

general de fabricación de lo que es una psicoterapia eficiente” (de Shazer, 1992, p. 13). En otras palabras, “ha desarrollado un Mapa (diagrama de flujo) para ilustrar los pasos a seguir para llevar a cabo una terapia dentro de este modelo” (Pacheco, s.f., p. 4). Dicho mapa aparece completo en el libro de Shazer (1997) *Claves en psicoterapia breve: Una teoría de la solución*.

Según este Mapa o diagrama de flujo de una terapia eficiente de acuerdo al modelo TOS, se requiere “como paso preliminar para la realización de la terapia, advertir qué tipo de cliente está solicitando atención” (Pacheco, s.f.). Definen tres modelos de relación terapeuta -paciente, que denominan: “comprador”, “demandante” y “visitante” (o cliente obligado) (de Jong y Berg, 2002/1998). Cliente es quien se ve “como parte de la solución y está deseoso de hacer algo respecto de su problema, independiente de su nivel social o educacional” (Pacheco, s.f., p. 4). Demandante es aquel que hace una descripción detallada del problema, y la importancia de encontrar la solución; pero no se da cuenta que él es parte de la solución, entonces espera que los otros cambien (Pacheco, s.f.). El visitante “no percibe que tenga un problema que tenga que trabajar, o siente que otros tienen un problema” (Pacheco, s.f., p. 3). Este es el que generalmente va obligado (por ejemplo, por asuntos legales, por cumplir con su pareja). Esta terapia invita a todos aquellos miembros del sistema consultante que pueden ayudar a generar soluciones, incluyendo miembros de la red social y profesional (profesores, vecinos, educadores especiales (Beyebach, 1999).

El Mapa dispone que, para empezar la intervención terapéutica, es necesario que el consultante sea cliente, con quien se puede iniciar la terapia desde la primera sesión (Pacheco, s.f.). En el caso del demandante y visitante, se aplican distintas intervenciones preliminares para transformarlo en cliente. En cuanto a los *medios e infraestructura* necesarios para llevar a cabo la TOS, cabe señalar que al ser una terapia breve, debería comprender entre una y diez sesiones, generalmente con un promedio de 5 sesiones. Cada sesión dura entre 45 minutos y una hora. Se va aumentando el periodo “entre sesiones” a medida que se presentan cambios en la situación inicial del cliente: “solemos dejar una o dos semanas entre la primera entrevista y la segunda y aumentamos posteriormente el intervalo a tres semanas o un mes” (Beyebach, 1999, p. 5). Así, un proceso terapéutico toma entre dos y seis meses (Beyebach, 1999).

Se trabaja en equipo, pero no necesariamente. En el caso del trabajo en equipo, se utiliza una cámara de Gesell de forma tal que de un lado del espejo se encuentra el equipo, y del otro está el terapeuta con su sistema consultante. Pero no sólo observa, sino que “interviene activamente en la conducción de la sesión y en el seguimiento de la terapia: llama por un teléfono interior al terapeuta o a los clientes, intercambia opiniones con el terapeuta durante las pausas, diseña la intervención final, prepara y planifica sesiones ulteriores si esto llega a ser necesario...” (Beyebach, 1999, p. 5).

En cuanto al *contenido* de la terapia, la terapia se centra en dos actividades:

- a) *Desarrollar metas “bien -formuladas”* desde el marco de referencia del cliente (pequeñas, concretas y que representen más bien el comienzo que un fin); y
- b) *Desarrollo de soluciones basadas en las excepciones* (cuando el problema no ocurre o es menos severo) (de Jong y Berg, 2002/1998). Una vez que los clientes describen qué cambio les gustaría ver en sus vidas, la terapia se mueve entre estas dos actividades; tanto mejor si las excepciones del cliente se relacionan con las metas (de Jong y Berg, 2002/1998).

Las *excepciones* son “aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas (de Shazer, 1991). En este sentido, podemos decir que “se da una excepción cuando se alcanza un objetivo” (Beyebach, 1999, p. 9). Exclusivo de la TOS es que consideran: a) que las excepciones en su gran mayoría ocurren desde antes de iniciarse el tratamiento (que llaman “cambio pretratamiento”); b) Dedicar atención a mantener y generalizar los cambios, una vez que las excepciones se han “descubierto”; c) derivado de los puntos anteriores, el trabajo sobre las excepciones es algo que se desarrolla durante la entrevista con los clientes: “la excepción (...) se va construyendo mediante la conversación con los clientes” (Beyebach, 1999, p. 9).

Hay 5 pasos a seguir para trabajar con las excepciones (Beyebach, 1999): a) *Elicitar*; b) *“Marcar” la excepción*; c) *Ampliar*; d) *Atribuir control*; e) *Seguir*. A continuación se describirá cada paso.

- a. *Elicitar*, que consiste en incitar el tema de las excepciones al sistema consultante: se enfoca en *qué, quien, cuando, donde* ocurren las excepciones en la vida de los clientes (en vez de *qué, quién, cuándo, dónde y por qué*) (de Jong y Berg, 2002/1998);
- b. *Marcar la excepción*: “se trata básicamente de que la excepción no pase desapercibida, que cobre importancia a los ojos de los clientes y que suponga una “diferencia que marque una diferencia”” (Beyebach, 1999);
- c. *Ampliar*: “la idea es que los clientes hablen de estas excepciones el mayor tiempo posible y que den todo lujo de detalles. Al igual que sucedía con la Pregunta del Milagro, trataremos de construir una “película” lo más completa posible de los hechos” (Beyebach, 1999, p. 10);
- d. *Atribuir control*: una vez ampliada la excepción, se atribuye control sobre ella a los clientes, es decir, “construir la excepción como algo deliberado e identificar qué cosas hicieron los esposos para que la excepción tuviera lugar” (Beyebach, 1999, p. 10). Posibilita que los clientes aumenten la frecuencia de las excepciones toda vez que se ven capaces de encontrar una “receta” o fórmula eficaz para ello (Beyebach, 1999).

- e. Seguir: como bien explica Beyebach (1999), “el último paso consiste en simplemente en preguntar qué más excepciones ha habido, qué más cosas han ido bien, en qué otras ocasiones se ha producido el milagro, etc... Una vez elicitada la siguiente excepción, se vuelve a marcar, ampliar, atribuir control, etc...” (p. 10).

2.2.1 Descripción sobre cómo abordar primera sesión y siguientes según TOS

Tomando lo dicho hasta aquí, a continuación se revisaran *las etapas de la sesión* de la TOS son (de Jong y Berg, 2002/1998, Beyebach, 1999, de Shazer, 1992):

1. Describiendo el problema: A diferencia del enfoque centrado en el problema, este enfoque pierde menos tiempo y esfuerzo en la naturaleza y severidad de los problemas ni sus posibles causas. Tan pronto se pueda, se pasa de “problem talk” (conversación del problema, en español) al “solution talk” (conversación de soluciones, en español). Serían preguntas tales como: ¿cómo le puedo ayudar?, ¿cómo es que esto es un problema para usted?, ¿cuál es más importante de trabajar primero?, ¿Qué le hace pensar qué es un problema?, ¿qué ha intentado hacer usted? ¿fue esto útil?;
2. Desarrollando metas bien formuladas (“well -formed goals” en inglés): se trabaja con los clientes para facilitar sus descripciones de lo que sería diferente en sus vidas si el problema estuviera resuelto. Las metas “bien

formuladas” deben ser pequeñas, concretas, expresadas en positivo, interaccionales, y están asociadas al éxito terapéutico (Beyebach, 1999). Se pregunta: ¿qué será diferente como resultado de nuestra reunión de hoy para usted decir que nuestra conversación fue provechosa?, ¿qué quiere usted que sea diferente como resultado de venir acá?

3. *Mover el marco de referencia hacia una “construcción de soluciones”* (“building solutions”, en inglés): ¿Qué cambio le gustaría ver?; ¿Qué cambiaría en sus vidas si el problema estuviera resuelto?; ¿Qué ocurre cuando el problema no está presente? (percepciones de las excepciones). Se insiste en que el cliente es experto en su propia vida.

4. La *Búsqueda de excepciones*, que pudieran convertirse en diferencias significativas: “desde el comienzo de la primera sesión, el terapeuta y cliente se dedican a construir una realidad terapéutica basada en la transformación o el cambio *permanentes* (como se manifiestan en las excepciones), y no en la *iniciación* del cambio” (de Shazer, 1992, p. 29). Luego realiza un *trabajo de las excepciones*, de acuerdo a 5 pasos (Beyebach, 1999):

- a. *Elicitar*: ¿hay ocasiones en que el problema no ocurra o sea menos serio?, ¿cuándo?, ¿qué hace que esto (la excepción) ocurra?, ¿hay ocasiones en que en alguna medida ocurra algo de lo que usted me describió en la pregunta milagro?;
- b. *“Marcar” la excepción*: con niños se puede mostrar una sorpresa inmensa ante un pequeño avance (como literalmente caerse de a silla); o en otros casos “no creerse la excepción”

como forma de provocar al niño o joven a que de mas detalle
Con adultos, es preferible adoptar un estilo más neutro,
mostrando interés y curiosidad por la excepción mencionada
por el cliente (Beyebach, 1999);

- c. Ampliar la excepción: la idea es obtener el mayor detalle posible. Preguntas como: ¿Cuándo fue la última vez que usted y su esposo hablaron más y se mostraron más afecto? Cuénteme más acerca de aquella vez ¿Qué lo hizo probable? ¿Qué hablaron ustedes sobre eso? ¿Qué dijo usted? ¿Qué dijo él? ¿Cuándo él dijo eso?, ¿qué hizo usted? ¿Qué hizo él entonces? ¿Cómo fue eso para usted? ¿Qué otra cosa fue diferente para usted?;
- d. Atribuir control: se atribuye el control de la ocurrencia de la excepción al cliente; “¿cómo consiguió volver a comer tres veces al día, y sin vomitar después?” “¿Qué pasó para que decidieran volver a hablarse?” “¿Cómo se las arregló para resistir la tentación de volver a meter monedas en las maquinas tragaperras?” (Beyebach, 1999, p. 10); y
- e. Seguir: Este último paso consiste en preguntar qué otras excepciones ha habido.

5. Cuando hay resistencia a las preguntas de excepción, se puede hacer también la Pregunta Milagro, o cualquier técnica de proyección a futuro (la técnica de la bola de cristal, fantasía guiada, según Beyebach, 1999):

“Supongamos que una noche, mientras duerme, se produce un milagro y su problema se resuelve, ¿Cómo se daría cuenta? ¿Qué sería diferente? ¿Cómo lo sabría su esposo sin que usted le dijera una sola palabra sobre el asunto?” (de Shazer, 1992, p. 29). Esta pregunta se utiliza casi siempre en la primera sesión para construir una visión de futuro sin el problema, esto es, “para ayudar al terapeuta y cliente a describir qué características tendrá una solución (...) uniformemente se logra producir descripciones de conductas concretas y específicas (...) echar una mirada al futuro es el marco más eficaz para ayudar a los clientes a fijar objetivos y describir así cómo se darán cuenta cuando el problema esté resuelto” (de Shazer, 1992, p. 29).

Una vez realizada la Pregunta Milagro, se inicia el “trabajo sobre la Pregunta del Milagro”, es decir, “la utilización de una serie de preguntas que ayuden a los clientes a transformar estas respuestas en objetivos útiles a la terapia” (Beyebach, 1999, p. 8). El terapeuta debe centrarse en qué será diferente cuando el milagro ocurra. Se le dice al cliente: Si usted pretendiera que el milagro ocurrió, ¿qué sería la primera pequeña cosa que usted haría? ¿Qué advertirá qué es diferente?, ¿qué otra cosa?, ¿cómo podría ser eso útil? O ¿qué está ocurriendo para que parte de ese milagro ocurra?, ¿eso es algo que podría ocurrir? Si eso es así, ¿qué le hace a usted pensarlo? Considerando a los otros significativos del sistema consultante: ¿qué notarán ellos cuando el milagro ocurra? ¿Qué notará él/ella que es diferente en usted?, ¿qué otra cosa? Cuando él/ella advierta eso, ¿qué hará él de manera diferente? ¿Qué otra cosa? Cuando él/ella haga eso, ¿qué será diferente para usted?

Otro camino alternativo a la búsqueda de excepciones es que, cuando éstas no aparecen, se *elaboran soluciones hipotéticas* (de Shazer, 1997), lo que puede tomar 3 caminos: a) si las soluciones son confusas/vagas, se da la Tarea de 1° sesión (“Haga un listado de todo aquello que quiere mantener en su vida, tal como está”); b) si hay un marco global, se *deconstruye el marco global de referencia*; o c) si hay soluciones concretas, se *deconstruye el problema, para luego fijar objetivos*, poniendo el foco en algo pequeño y fácil de hacer experimentalmente. Entonces, luego de elegir alguno de estos 3 caminos de acuerdo a lo expuesto, se retoma el camino principal, es decir, la búsqueda de excepciones.

6. Pausa: se sale de la sala para conversar con el equipo detrás del espejo.

7. Retroalimentación al final de la sesión: se utilizan a) Elogios (“¿qué le dio a usted la idea de hacer algo así? Eso parece tener mucho sentido”, o “¿siempre ha sido usted capaz de que surjan ideas sobre qué hacer en situaciones difíciles como esta? Y b) Refuerzos: inclinarse hacia adelante, abrir los ojos, tomar apuntes, o cualquier conducta no verbal que comunique interés genuino; o verbalmente: “¿qué es nuevo para usted y él? ¿lo sorprendió a usted que eso ocurriera?”

8. Evaluando el progreso del cliente respecto del cambio terapéutico a través de Escalas: de Shazer y sus colaboradores (1986, citado en Beyebach, 1999) propusieron trabajar con las escalas de avance “como una forma de obtener descripciones conductuales de los mismos. Privado de otros puntos de referencia, el terapeuta podía, gracias al uso de escalas, tener una idea clara de

si el tratamiento estaba o no avanzando en la dirección correcta... a veces aún sin llegar a saber nunca cuál era el problema que preocupaba al cliente!” (Beyebach, 1999, p. 10). En una escala de 1 a 10, donde 1 indica el peor momento del problema, y 10 el momento en que el problema está del todo resuelto (Beyebach, 1999).

9. Tarea 1° sesión: son para ser realizadas “entre sesiones” para ir amplificando las pautas de solución. La tarea de Primera sesión requiere como requisito que el consultante sea cliente. Se le pide a cada uno de los miembros del sistema consultante que “Haga un registro de todo aquello que quiere mantener en su vida, tal como está”. Otro camino es, como lo señala de Shazer (1992), “para los compradores, tareas de conducta y para los demandantes, tareas observacionales o reflexivas” (p. 108).

10. Aplicación de la *Escala Revisada de Evaluación de la Sesión* (Session Rating Scale -Revised, SRS-R en inglés) creada por Johnson y Miller (2000)

11. Para sesiones posteriores:

a. Qué está mejor: i) Evocar, “¿qué está ocurriendo que ande mejor?”; ii) Amplificar: “¿qué hace que ocurra? ¿qué hace usted que hace que ocurra? ¿eso es nuevo para usted? Ahora que usted está haciendo esto, ¿qué nota de diferente entre usted y ____ (quien hace lo nuevo de ahora)?”, o “¿qué es diferente en su casa?”; iii) Reforzar/elogiar: “no cualquiera podría haberlo hecho o dicho _____. De manera que usted es la clase de persona capaz de _____; iv) Comenzar de nuevo: ¿Qué otra cosa está mejor?”

- b. Haciendo más: “¿qué le tomará hacer ___ de nuevo?”, “¿puede hacer esto con mayor frecuencia?”
- c. Si nada está mejor: ¿Cómo está usted enfrentando esto?, ¿cómo hace esto?, ¿cómo es que las cosas no están aún peor?”
- d. Progreso de la escala de avance: De, 1 a 10, ¿Cuál es el nivel actual?, cuando se mueva del n°1 al n°2 (subiendo un número en la escala), ¿qué será diferente?, ¿quién será el primero en advertirlo?, ¿Cuándo él/ella lo advierta, qué hará de manera diferente?, ¿qué tendría que hacer para fingir que ___ (subir un número en la escala) ha ocurrido? Para terminar, ¿cómo usted sabrá que es tiempo de parar de venir a verme? ¿Qué será diferente?”
- e. Pausa (conversación con el equipo detrás del espejo)
- f. Elogios/Refuerzos
- g. Tareas/Sugerencias
- h. Agendar próxima sesión
- i. Aplicación de *Escala Revisada de Evaluación de la Sesión* (Session Rating Scale -Revised, SRS-R en inglés) creada por Johnson y Miller (2000).

2.2.2 Otras técnicas de la Terapia Orientada a la Solución (TOS)

2.2.2.1 Preguntas acerca del por qué ahora

Para Selekman (1996) un terapeuta centrado en la solución guía la conversación no hacia el problema, sino hacia el lugar donde se procura el cambio (Gingerich et al, 1988, en Selekman, 1996), planteando preguntas tales como ¿qué te trae por aquí hoy? o ¿qué te gustaría cambiar hoy? El autor hace la salvedad que en adolescentes es más difícil moverlos desde la óptica centrada en el problema a la solución ya que las excepciones, en estos casos, pueden adoptar la forma de pensamientos, creencias, sentimientos y pautas útiles de conducta que le han ayudado a atenuar la mortificación que le genera el conflicto (Selekman, 1996). Si este es el caso, el mismo autor indica el uso de preguntas de excepción (¿qué ocurre cuando no se presenta el problema?, ¿Qué tan diferente resulta para usted eso?, ¿qué tendrá que suceder para que esto suceda con mayor frecuencia?) (Selekman, 1996). Aquí adquieren relevancia las preguntas de explicación y las de redescrición únicas. Las primeras, *las preguntas de explicación*, ayudan a la redefinición de las narrativas familiares que han causado sufrimiento a la familia (Selekman, 1996). Son del tipo: ¿cómo se las arregló para dar un paso importante y revertir la situación?, ¿qué se dijo a sí mismo cuando se dispuso a tomar una medida de tal naturaleza? Al ser aplicadas en este tipo de estados se intenta encontrar sentido

a las excepciones significativas. Por su parte, *las preguntas sobre redescrición única* permiten brindar un significado nuevo a las excepciones y a la explicación única, para permitir que emerjan conocimientos alternativos (White, 1988b, citado en Selekman, 1988). Estas preguntas son: ¿qué le dice a usted acerca de sí mismo que es tan importante que usted sepa? ¿Hasta qué punto la imagen de sí mismo ha cambiado la percepción que tenía de su persona?, ¿qué te dijiste en la cárcel de menores para decidir que serías una persona diferente cuando estés en libertad? (Selekman, 1996).

2.2.2.2 Preguntas presuposicionales

Son preguntas que desplazan la conversación terapéutica hacia el futuro, para saber qué dirección tomar o para saber dónde se ha estancado el paciente. Se utilizan frases como “supongamos que...” o “imagina que estás...”, o preguntas ¿cómo sabrás que ya no necesitas venir aquí?, ¿qué cosas diferentes veríamos suceder?

2.2.2.3 Secuencia del manejo de la situación problemática

Cuando el cliente plantea una situación problemática, sugiere adoptar una postura pesimista a través de las preguntas ¿por qué las cosas no están peor?, ¿qué es lo que usted está haciendo para que la situación no empeore?, para luego amplificar de acuerdo a la respuesta: ¿cómo se le ocurrió semejante idea?!, con tono de exclamación.

2.2.2.4 Secuencia pesimista

Cuando el cliente asume una postura negativista y pesimista, en función de la cooperancia, es que el terapeuta puede adaptarse mediante las preguntas: ¿qué cree usted que pasará si las cosas no mejoran?, ¿qué es lo menos que puede hacer para lograr un pequeño cambio?, por ejemplo.

2.2.2.5 Preguntas para externalizar el problema

Cuando el cliente o la familia no responden bien a las preguntas centradas en la solución o muy refractarias al cambio.

2.2.2.6 Preguntas centradas en el futuro

Se trabaja con el sistema consultante una visión de futuro, mediante preguntas como “Cuando encuentre trabajo, ¿Quién de ustedes será el más sorprendido de la familia?, ¿Quién será el próximo en sorprenderse?, ¿qué será distinto?” (Selekman, 1996).

2.2.2.7 Preguntas conversacionales

Estas preguntas son desde una actitud de “no saber” de parte del terapeuta, elicitando que cada uno de los miembros puedan contar su versión. Se puede preguntar: “Si hubiera una pregunta que yo te formulara, ¿cuál sería?

3. Mundo emocional

Al hablar de mundo emocional, se tendrá como definición de las emociones (Kreuz, 2009):

reacciones afectivas complejas, basadas en la interacción social, acompañadas de procesos evaluativos cognitivos (que los convierten en sentimientos cuando se hacen conscientes) y expresadas de forma activa a nivel corporal. Tienen una función organizativa y adaptativa del comportamiento tanto a nivel individual (ayuda a la persona “emocionada” a tomar decisiones) como a nivel relacional (son percibidos por el contexto); su valor comunicacional inicia procesos circulares de características específicas. (p. 3)

Desde el final de la década de los '80 que emerge el concepto de “inteligencia emocional” rompiendo el tabú emocional, poniendo a “las emociones y los sentimientos como parte integral de la interacción humana, ampliando los recursos específicos relacionados con el manejo consciente del mundo afectivo interpersonal” (Kreuz, 2009, p. 3).

Desde un punto de vista neuropsicológico, las emociones son como una parte esencial del mecanismo encargado de diseñar una respuesta adecuada a los estímulos ambientales relevantes para la supervivencia. Probablemente sean la parte más crucial de dicho mecanismo, la parte en todos los sentidos de la palabra, más decisiva (...) y desde nuestra perspectiva actual, la amígdala es el componente más importante de una red de estructuras que elaboran

información emocional (...) la función de esta estructura (...) consiste en asignar significado emocional a los estímulos ambientales, sean de la modalidad sensorial que sean” (Simon, 1997, p. 366).

“La amígdala es una pequeña estructura nerviosa (...) La información proviene de dos fuentes (Simon, 1997): una que da origen a las emociones “primarias” de Damasio (1995) que se trata de patrones de conducta preprogramados asociados a la autoconservación (alimentación, lucha, fuga, etc.) y de apareamiento, procreación y cuidado de los hijos. La otra fuente de información son las que se denominan “emociones secundarias” de Damasio (1995), que vienen a ser “todas las emociones que cada organismo, de forma individualizada, va adquiriendo a lo largo de su vida” (Simon, 1997, p. 368), que “se establecen en el contacto social estrechamente vinculados a las pautas evolutivas” (Kreuz, 2009, p. 8). Las emociones primarias o universales “incluyen el agrado (también llamado alegría), miedo, sorpresa, tristeza, enfado (ira), rechazo (desagrado) e interés (expectación, atención)” (Kreuz, 2009, P. 8). Las emociones secundarias o sociales serían envidia, celos, vergüenza, culpa, orgullo, entre otras (Kreuz, 2009, p. 8).

El mundo emocional (Kreuz, 2009) se organiza de tal forma que habría un “trasfondo emocional” con 4 emociones de fondo: calma, tensión, bienestar, malestar, sobre las que “actuarían las emociones universales primarias y las secundarias o sociales” (Kreuz, 2009, p. 9).

	EMOCIONES INCONSCIENTES			EMOCIONES CONSCIENTES			
Intensidad variable	De Tenue a Desbordante						
Emociones de fondo		TEN-SION		BIENESTAR		MALESTAR	
Emociones primarias	Tristeza	Miedo	Enfado	Sorpresa	Interés	Rechazo	
Emociones Secundarias	Celos	Vergüenza	Culpa	Orgullo	...		
Moduladores	GENERO	CULTURA		ROL SOCIAL		CAPACIDAD DE RECONOCIMIENTO	

De Expresion de Emociones				(“Cerebro emocional”)
------------------------------------	--	--	--	------------------------------

Figura 2. Cuadro sinóptico del “mundo emocional” (modificado de Kreuz, 2009, p. 9).

Podría decirse que en la dinámica del sistema paterno -filial se aprecia un repertorio emocional que se mueve desde las emociones negativas, como una forma de reacción preferidas por este sistema frente a un conflicto, y que tienden a ser estables (Kreuz, 2009). Se configura una dinámica relacional en que las emociones negativas se alborotan *sin regulación*, contención dentro del sistema. Las *emociones negativas* -enfado, miedo o rechazo, entre otras- “inducen a comportamientos específicos con pocas alternativas (...) cierran los sistemas emocional -corporales” (Kreuz, 2009, p. 9), es decir, en el proceso de evaluar los estímulos sensoriales, determinar las reacciones corporales (que implicarían ajustes viscerales y corporales tales como subir la presión arterial, la secreción hormonal y/o aumento de determinados neurotransmisores (Kreuz, 2009). Se ofrece el camino terapéutico de ampliar el repertorio emocional del sistema consultante hacia una respuesta emocional positiva, ayudándola a manejar las reacciones emocionales negativas. Las *emociones positivas* -alegría, orgullo, satisfacción, bienestar, entre otras- son aquellas reacciones que no parecen inducir a comportamientos específicos, sino que “más bien

posibilitan una activación generalizada que permite la apertura y búsqueda de información en forma de estímulos adicionales y/o contacto social” (Kreuz, 2009, p. 9).

4. Antecedentes del caso

4.1 Identificación del sistema consultante

El sistema consultante está compuesto por 3 personas: padre, madre e hija, quien es la paciente índice, llamada Clara. Ella vive con su madre, y sus dos hermanos, de 11 y 6 años. Los padres se separaron cuando Clara tenía 4-5 años. Al abordar este tema en la primera sesión, señala el padre *“no creo que Clara se haya dado cuenta, tampoco tuvimos una separación tan drástica”* dice el padre. *“Tan forzada, tan traumática, no fue, siempre estuvimos con ella, nunca les faltó nada, siempre tratamos de hablar cuando los niños no estaban”*, agrega la madre. Clara dice *“yo si me acuerdo cuando mis papas se separaron, me acuerdo cuando mi papa se fue (...) yo creo que se hayan separado encuentro que no me afectó (a terapeuta pregunta: “¿y ahora?”) yo encuentro que tampoco”*. La madre cuenta, según refiere, con el estrecho apoyo de sus padres en el cuidado de sus hijos. El padre formó otra familia.

4.2 Genograma

En la Figura 1 se ilustra el sistema consultante de Clara, compuesto 3 personas: madre, padre y ella misma.

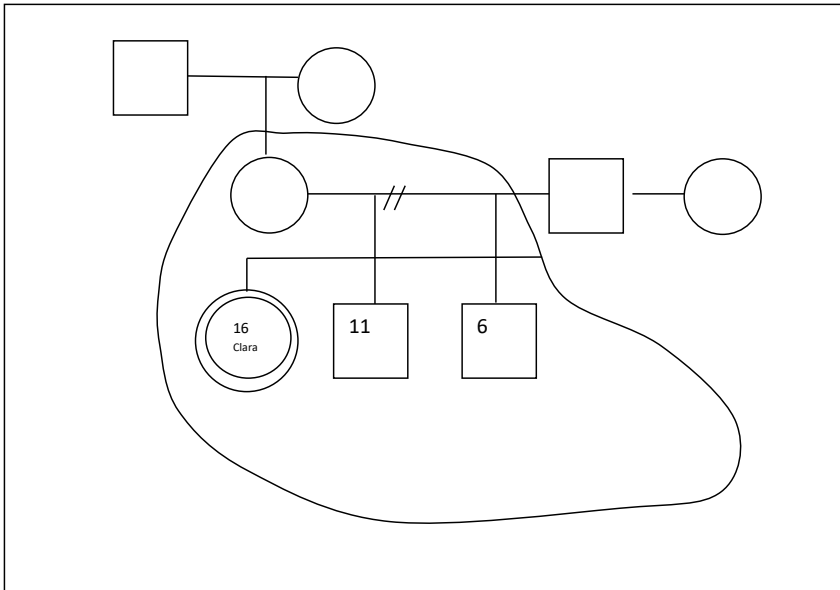


Figura 1. Genograma del sistema familiar de Clara

4.3 Resumen del proceso terapéutico

El proceso terapéutico consistió en 7 sesiones, comprendidas entre el 23 de Abril y el 23 de Julio de 2012. Conforme al modelo TOS, en un comienzo se realizaron las sesiones con una frecuencia semanal y, de acuerdo al proceso de cambio, que emergía en cada sesión, se fue programando la fecha de la próxima

sesión, así como en alguna ocasión el sistema consultante pidió aplazar la fecha por motivos personales. Siguiendo el protocolo, en la primera sesión se le hace firmar a un adulto que forma parte del sistema consultante, y por lo tanto participe de todo el proceso terapéutico, la Carta de Consentimiento (ver Anexo 2), en la cual se especifica que las sesiones son escuchadas y observadas en vivo -a través de una Cámara de Guesell- por un equipo de psicólogos titulados, y simultáneamente las sesiones son filmadas y/o grabadas para uso exclusivo de análisis del caso y aprendizaje del equipo en formación del modelo de Terapia Centrada en la Solución (TOS). Se explicita que el material no podrá ser divulgado ni promovido, y si así lo fuere, estaría sujeto a sanción de acuerdo a la legislación chilena.

Comentado [U3]: Incluir Anexo 2 carta de Consentimiento.

4.4 Antecedentes relevantes

La “paciente índice” es derivada por la psicóloga de su colegio porque “se desmaya, ha tenido crisis, problemas al sistema nervioso”, según refiere la madre en la primera sesión. Han consultado con un psicólogo particular, que posteriormente la derivó con un psiquiatra quien indicó fármacos, los cuales utilizó durante un tiempo, pero tuvo que suspenderlos ya que no podían asumir el costo económico. Posteriormente, intentaron iniciar un nuevo tratamiento psicológico en la red pública, sin embargo no tuvieron la disponibilidad ni frecuencia horaria para poder atenderse de acuerdo a las necesidades del caso.

Estas crisis comenzaron hace 2 años atrás, “cada tres meses”, y la última ocurrió 3 días antes de la primera consulta. La última crisis la tuvo 3 días antes

de la consulta, por lo que obtuvo prioridad en la derivación: “La última vez el viernes, me tuve que devolver del trabajo (...) me dijo que iba corriendo y se me alejo la línea amarilla por donde tenía que correr”, relata la madre; “y caí al suelo, cuando mi mamá llegó, estaba en la camilla del colegio”, agrega Clara.

5. Aplicación del modelo de Terapia Orientada a las Soluciones (TOS) al caso

5.1 Construyendo el problema

Comentado [U4]: Arreglar margen

5.1.1 Historia de la queja (sesión 1)

A la luz de lo que señala de Shazer (1995) cuando dice “las quejas involucran conducta generada por la visión de mundo que tiene el cliente” (p. 41), se comienza la primera entrevista con preguntas orientadas hacia la *historia de la queja*, mediante la pregunta abierta “¿qué los trae por aquí?”. Estando presentes el padre, madre e hija, el padre contesta “*tenemos una hija maravillosa que últimamente hemos tenido problemas la verdad es que no sabemos a que atribuirlo*”. “¿Qué tipo de problemas?”, pregunta la terapeuta, ante lo cual el padre responde “*se desmaya, le da como crisis, netamente el sistema nervioso*”. La madre dice: “*varias veces la han llevado de urgencia al hospital (...) y ha tenido que ir mi mamá a retirarla, a ir a buscar*”. A Clara, la terapeuta pregunta ¿Cómo es para ti esto que te pasa? Clara señala “*antes de que me den me pongo acelerada, me dan ganas de gritar, a veces de salir*

corriendo, me dan espasmos (...) me pongo nerviosa y me dan ganas de rasguñarme, de apretar cosas". De lo dicho hasta aquí, se desprende que hablan en términos biomédicos tales como "sistema nervioso" (padre), "de urgencia al hospital" (madre), "me dan espasmos, me pongo nerviosa" (hija).

Por sugerencia del equipo, la terapeuta pregunta de forma abierta *¿Cómo es que consultan hoy?*, ante lo cual la madre revela el evento *disparador de la consulta*, "*después de tenerla con psiquiatra, quien le diagnosticó crisis de pánico, con psicólogo, fuimos al consultorio (...) nunca nos pudieron atender y en el colegio le seguían dando sus crisis (...) este año en el colegio la derivaron para acá, y con lo que paso este viernes la derivaron antes*", con lo cual la psicóloga del colegio gestionó la derivación vía correo electrónico al centro de atención Cambiodós.

Con intención de *explicitar la queja*, la terapeuta dice "*si entiendo bien, a ustedes los motiva consultar por este tema de las crisis, y a ti Clara, que te motiva a venir?*", y dice: "*la psicóloga dijo que me veía triste, que me estresaba (...) me siento rara porque lo único que quiero es estar encerrada en mi pieza, para lo único que salgo es para ir al colegio, ni siquiera bajo, me gusta estar encerrada en mi pieza siempre desde el año pasado lo único que quiero es estar encerrada en mi pieza y todo me molesta*". La actitud corporal de Clara indica cierto malestar o disgusto para expresarse en el tema. Para generar cercanía con ella, de acuerdo a lo que indica Selekman (1996) sobre averiguar qué cosas le gustaban o disgustaban de las experiencias terapéuticas anteriores, la

terapeuta pregunta: "Has visto a hartos profesionales, ¿qué me pedirías que hiciera para ayudarte, o que me pedirías que no tengo que hacer?", y responde "no sé". Ante lo que la terapeuta dice: "ok...¿Hay algo que ha sido útil para manejar las crisis?, con la intención de explorar indagar en aquellas excepciones que adoptan la forma de pensamientos, creencias, sentimientos y pautas útiles de conducta que, como señala Selekman (1996), le han ayudado al adolescente a atenuar la mortificación que le genera el conflicto. El padre señala: "los animales, sus perros, los adora", y la madre replica: "como que se aferra a ellos, como que necesita tener algo para sentirse querida, tener algo de ella, así de repente lo veo yo; la deje tener perritos y como que el espacio se hizo reducido, le digo quédate con una sola, de hecho los vamos a tener que regalar pero para mí igual es un problema porque se apega mucho a las cosas".

El equipo interviene a través del citófono, consultando "cuando comenzó todo esto", y la madre responde "mas menos Clara empezó a los 15 o 13, como pasó con mi hermano, mis papas lo dejaban solo, él comenzó a consumir drogas, llegó un tiempo en que estaba peor, no se bañaba, no se levantaba (...) pienso que puede ser hereditario porque en mi caso, tenía que partir yo sola al hospital, me venían sudoraciones, palpitaciones, cuando veía que estaba con estrés en el colegio, siempre fui muy nerviosa, me dolía el estómago, me iba por el baño, no sabía lo que era... Salí sola adelante, tomaba agüita, salía al jardín, (...) yo por miedo nunca le decía nada mis papas porque decía que era hipocondriaca, que era alaracamiento y ahora lo veo en Clara". Y la terapeuta

pregunta: ¿Y qué le pasa cuando ve esto que le pasa a Clara?, respondiendo “me da pena (...) yo asumo que puede ser algo hereditario (...) mi hermano estuvo hospitalizado, con pastilla (..) no se bañaba, no se levantaba”. Clara tenía un año (...) ellos compartían, tenía como un retardo, era más niño, pero Clara nunca lo vio mal, él andaba dopado”. Su padre, a continuación, dice “siempre yo me he inclinado por la inteligencia de la persona para resolver los problemas (...) creo que mi hija tiene la inteligencia y me sorprende que mi hija sufra de estos trastornos”.

De acuerdo a lo que plantea de Shazer (1995), a continuación se ilustra el árbol de quejas, en base a lo expuesto en la primera sesión, (Figura 2):

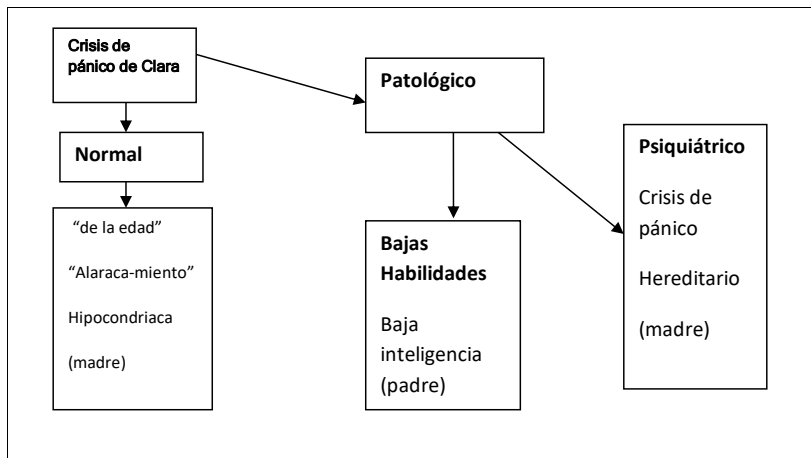


Figura 2. Árbol de la queja, elaborado a partir de lo planteado por de Shazer (1995)

El padre, por un lado, señala que “*las crisis de su hija no son normales*”, ya que él cree que “*ella es lo suficientemente inteligente para resolver sus problemas*”, por lo tanto *no es normal que le suceda este tipo de trastornos*. La madre, por otro lado, pregunta si lo que le sucede a su hija es hereditario, ya que a ella y a su hermano le vinieron crisis emocionales en la misma etapa en que comenzaron las crisis de Clara.

Como es posible apreciar, el estilo del sistema consultante redundaba en una detallada descripción de los componentes del problema, como si de alguna forma pudieran ayudar a buscar la solución, intentando de alguna forma aplicar el modelo biomédico al aparato psíquico (Kreuz, 2009), según el cual se busca el origen del problema psíquico en un supuesto déficit del individuo que presenta la psicopatología, propio de un modelo de pensamiento causal. Desde la TOS, se podría decir que el sistema consultante está sumido en un marco de referencia “solucionador de problemas” (“problem solving”, de de Jong y Berg, 2002/1998), presentándose como desafío el mover el marco de referencia hacia una causalidad circular. Como bien señala Kreuz (2009):

El postulado sistémico considera el contexto y las pautas de interacción y comunicación con su interdependencia circular entre paciente y entorno determinante en el desarrollo y el mantenimiento de las patologías o trastornos (comporta-) mentales. El individuo deja de ser la fuente única de patología

(p. 2)

Desde la TOS, no hay causa ni efecto “...porque implica la existencia de alguna verdad objetiva. Los problemas y las soluciones son vistos como acontecimientos impredecibles de la vida” (Lipchick, 2002, p. 51).

En la *pausa con el equipo*, se toma en cuenta que Clara hace 2 años que presenta, de forma impredecible, al parecer una vez al mes, “sudoración de manos, mucha angustia, ahogos, acelerada, ganas de salir corriendo, empiezo a tiritar”, síntomas que fueron diagnosticados desde el modelo biomédico como crisis de pánico (entendida como una súbita aparición de un nivel elevado de ansiedad y excitación fisiológica sin causa aparente, que suele ser desencadenada por una situación que provoca una fuerte tensión emocional). De forma activa, el sistema consultante ha estado buscando “la mejor alternativa para solucionar el problema de Clara”, consultando con especialistas de la salud mental, sin alcanzar resultados esperados.

Siguiendo el Mapa del Modelo TOS elaborado por de Shazer (1997), *en equipo* se reflexiona respecto *qué tipo de relación está cada uno de los miembros del sistema consultante con la terapeuta*, lo expuesto de parte de los padres podría entenderse como una “búsqueda de una explicación de por qué le suceden estas crisis a mi hija”, esperando que con tal respuesta podrán llenar ese “déficit” que origina la sintomatología, y acceder al tratamiento adecuado. En este sentido, es posible decir que la madre, en la primera sesión, adopta una postura demandante hacia la queja inicial, en tanto brinda una descripción detallada del problema, y la importancia de encontrar la solución, pero no se da

cuenta que ella es parte de la solución. En cuanto al padre, si bien busca soluciones, aún no se identifica que participación quiere tener en la solución del problema, probablemente porque al igual que la madre de Clara, están buscando “la opinión de un experto”. De Clara tampoco es posible definir qué postura tiene respecto al problema.

Siguiendo el Mapa TOS (de Shazer, 1992), durante esta primera parte de la primera sesión se intentó *buscar de excepciones* en torno a la conducta sintomática, salvo el contacto con sus mascotas, que genera un cambio en su estado anímico. Resulta adecuado moverlos hacia otro marco de referencia, sin embargo, como bien aconseja Lipchik (2002), “la TOS “avanza a paso lento (...) el uso prematuro de la técnica puede prolongar el tratamiento, porque es posible que se concentre en quejas que no tiene relación con lo que el cliente desea realmente de la terapia (...) tenemos que estar dispuestos a hablar con ellos sobre causas y efectos si ese el único modo como pueden pensar en una solución” (Lipchik, 2002, p. 51).

Después de la pausa con el equipo, se le transmite el siguiente mensaje “estuvimos viendo que los tres han venido por esto que te pasa a ti Clara, hay preocupación sobre como poder ayudarla en este periodo de la adolescencia. A ti Clara me doy cuenta que no lo has pasado bien (...) En este escenario me interesa saber que esperan que ocurra aquí. La madre dice: “*yo espero que mi hija se sane, que no le pasen más las crisis, que se riera, querer es poder, siendo positiva (...) yo quiero que ella se exprese, que ella se sane (...) tiene a todo el*

colegio de cabeza". El padre dice: "las personas pueden superarse solas (...) necesita una persona que la oriente, no sé lo que le pasa". Clara dice: "siento miedo, pena (...) a estar sola". Lo anterior viene a confirmar lo que se reflexionó en equipo, respecto a la postura demandante y/o visitante de parte de los padres hacia el problema, y de Clara aún no es posible definir qué postura tiene hacia la problemática. Precisamente para clarificar este aspecto, de acuerdo a lo propuesto por el Modelo TOS, se indica la siguiente tarea al sistema consultante: *¿Qué cosas son útiles para ayudar a Clara?*

5.1.2 Co- construcción del motivo de consulta (Sesión 2) y definición de objetivos (Sesión 3)

En la *segunda sesión*, con la intención de revisar la tarea dejada la sesión anterior *-¿qué cosas son útiles para ayudar a Clara?*, se observa a Clara con un lenguaje metacomunicacional que indicaría un cierto malestar anímico. Al preguntarle respecto qué le sucede, dice "es que regalaron mis perras a una persona que tiene una parcela". Su madre agrega "*es primera vez que pierde algo importante*". Se tenía como intento de solución útil que cada vez que las "crisis" aparecían, al entrar en contacto con sus mascotas, sentía un alivio de su sintomatología. Luego la madre señala que su abuelo materno le regaló un perro de raza pequeña "para llenar el vacío". Interesante forma hiperprotectora de ayudarla, restándole la oportunidad de aprender otras formas de autorregularse emocionalmente.

Continuando con el abordaje de *-¿qué otras cosas son útiles para ayudar a Clara?*, “Clara se ha esforzado por salir adelante (...) ha tratado de ayudar a no estar mal como antes (...) me produce satisfacción de ver que ella está haciendo algo por ella”. A continuación, para chequear qué posición está adoptando la madre en cuanto a la problemática planteada, la terapeuta comenta “o sea usted ve que ella está tratando de luchar con esto que le pasa... y qué cambio ha hecho usted? La mamá mueve la cabeza indicando que no sabe. Se le hace la misma pregunta al padre, respecto a qué cambios ha visto en Clara, quien señala: *“no tengo mucho comentario (...) miro a la Clara y es totalmente diferente ahora (...) no habla fuerte (...) me da la impresión que se hace la víctima (...) a veces se aprovecha de las situaciones, sabe manejar las situaciones”*. Al parecer este último comentario del padre aumenta el malestar emocional de Clara, quien comienza a discutir con su padre, quien a su vez entra en discusión, acompañándose en ambos de un lenguaje corporal congruente con el enojo verbalizado.

Mientras la madre observa detenidamente a Clara, con una clara disposición corporal hacia ella. El equipo mientras reflexiona: “Clara es una chica poderosa detrás de su pena”. Además se hace la observación de que habría cierta dinámica en el sistema paterno -filial, en relación a que cuando Clara está experimentando alguna *emoción negativa* (enojo, tristeza, angustia, miedo, entre otros), el padre actúa como si se contagiara emocionalmente, experimentando alguna emoción negativa (especialmente enojo, como mostró

en sesión), rechaza esta reacción en Clara, mientras que la madre, también desde una reacción emocional negativa (probablemente angustia) intenta asistirle o complacerla, para aliviar su malestar emocional. De este modo, podría decirse que, en sesión, se dejó entrever una serie de procesos circulares emocionales.

En la *pausa con el equipo*, se discuten las situaciones en las cuales afloran en Clara las emociones negativas (tristeza, enojo, pena, desesperación, entre otras), y se destacan dos situaciones: a) en una ocasión, mientras estaba en espejo, manifestó gran incomodidad por el espejo: “estoy nerviosa (...) me da miedo estar aquí (...) estar cerca del espejo”; y b) la otra situación tuvo que ver con el dolor tras la separación de sus perras. Es posible pensar que son dos situaciones ansiógenas que dejan entrever su mecanismo autorregulatorio de la ansiedad, tanto de ella como de la dinámica familiar. En este contexto, es que al observar el hecho de que abuelo materno sustituyó “la pérdida” de Clara -tras la separación de sus perras- con un nuevo perro de raza pequeña, podría decirse que habría una dinámica hiperprotectora, en la cual le impiden enfrentar el malestar emocional que podría ofrecer una oportunidad para desarrollar y/o potenciar sus habilidades de autorregulación emocional “Necesita llenar ese vacío”, comentó la madre después que se aborda el malestar anímico de Clara. Este punto se abordará más adelante.

Finalizando la *segunda sesión*, el padre dice “el problema es que Clara no controla su ira”, y la madre replica “tiene un carácter terrible” y Clara agrega:

“me enojo mucho, me desespero y me dan crisis y me da pena”. Interesante dilucidar cómo ambos padres logran referirse a un aspecto negativo de su hija. Podría decirse que ambos están en una posición demandante después del problema, ya que si bien han dado un paso adelante en cuanto a “no sobre proteger” a su hija, no se aprecia una autocrítica de parte de ellos, en cuanto a evaluar cómo están ellos en este aspecto (la autorregulación de las emociones negativas, enojo, pena).

La terapeuta elabora una pauta de autorregulación emocional que hipotéticamente utiliza Clara cuando se enfrenta a alguna dificultad (Ver Figura 3).

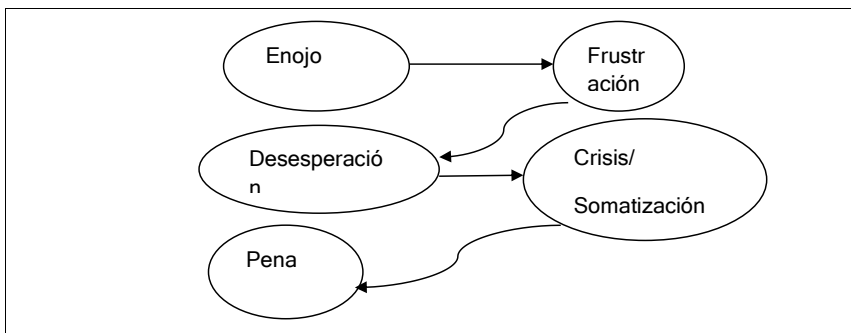


Figura 2. Pauta de autorregulación emocional de Clara

Comentado [U5]: Revisar numero 2

Al finalizar la 2ª sesión, tras el trabajo en equipo, a Clara se le deja la siguiente tarea “Escribe lo que podrías aprender de papá y mamá”.

A la sesión siguiente, la 3ª, Clara entra sola a sesión. Impresiona un cambio interesante que, aun cuando en la primera sesión la cliente manifestó temor hacia el espejo, esta vez es capaz de quedarse a solas con la terapeuta,

de frente al espejo. Parece como si ella estuviera dispuesta a mostrarse. Esto dirige a pensar que ella está adoptando una postura de cliente respecto de su problema. Se procede entonces a revisar la tarea, “Escribe lo que podrías aprender de papá y mamá”.

Clara dice: *“de mi papá puedo aprender a controlarme, a controlar la rabia, pero no como él, porque lo pasan a llevar”*, ¿cómo es eso?, interviene la terapeuta, *“es que le dicen cosas, se queda callado (...) dice que no le importa... no dice nada, se queda callado”*. Respecto a su madre, dice “mi mamá trata de esconderse cuando tiene pena”. Es posible señalar que Clara habla acerca del repertorio emocional de sus padres, refiriéndose a su padre respecto de la rabia, y a su madre respecto de la pena. Desde su punto de vista, realiza una crítica que apunta a lo poco eficiente de la regulación de las emociones negativas (al padre “lo pasan a llevar” cuando expresa su enojo, y su madre “se esconde” cuando siente pena). Cuando Clara dice: “quiero aprender a pensar antes de actuar”, en relación al manejo de la rabia, y “quiero aprender a comunicar lo que siento”, en relación al manejo de la pena, activa el trabajo en equipo para lograr una *formulación de metas bien -formuladas* (de Jong y Berg, 2002/1998). Emerge el objetivo terapéutico *aprender a regular las emociones negativas*, siendo objetivo del terapeuta que Clara amplíe su repertorio emocional para autorregular sus vaivenes emocionales de una forma distinta a la de sus padres y más similar a como ella lo ha descrito. De este modo, se establece como incipiente objetivo terapéutico “aprender a regular las emociones negativas (pena y rabia)”, y es aquí donde Clara dice: “no sé cómo hacer para no

enojarme”. En equipo, se le deja la tarea “días alternos”, es decir, que un día controle el enojo, y al día siguiente no, y que haga un registro diario de lo que va sucediendo. Se programa la sesión para 15 días más.

5.1.3 Escogiendo pautas más efectivas de autorregulación emocional (sesión 4)

A la 4° sesión asiste acompañada de su abuela materna, y entra sola a sesión. Se procede a revisar la tarea, y dice: “*he cambiado harto (...) yo siento que he andado más alegre, no me he enojado tanto (...) he andado más relajada (...) trato de hacer lo que puedo para no enojarme*”. A continuación, agrega que “*no me había dado cuenta, hasta la sesión pasada, que lo que gatillaba todo era el enojo*”. Más adelante dice. “es un bien para mi tratar de pensar antes de actuar y aprender a comunicar lo que siento (...) quiero cambiar, a mi me molesta estar enojada... jamás había tomado la decisión sobre eso (...) no me había dado cuenta que me enojaba, y ahora me doy cuenta de eso (...) me viene el enojo y hago otra cosa (...) trato de no enojarme”. Maravillosamente, se ha transformado en cliente participe de la solución, en etapa de acción del proceso de cambio. Sorprendente, y por supuesto propio de la TOS. Al parecer ha sido posible movilizarla hacia el marco de referencia “centrado en las soluciones”, ampliando su repertorio emocional que posibilita una autorregulación de sus vaivenes emocionales. De este modo, se desfocalizó “la crisis” como queja inicial, reformulándola como el manejo del enojo como eje principal a trabajar,

empoderándola “desde la capacidad de escoger, asumiendo la responsabilidad de sus propias acciones” (Nardone et al., 2003, p. 61), haciendo uso de su libre albedrío y, por lo tanto, saliendo de su rol de víctima, al abrirse la posibilidad de activarse, buscando y encontrando en sí misma recursos útiles para superar sus límites, siendo más autónoma y fuerte, rompiendo con el modelo hiperprotector (Nardone et al., 2003). Y la decisión que ha tomado es “Pensar antes de actuar”, derivado del modelo paterno del manejo del enojo, y “aprender a comunicar lo que siento”, que se desprende del modelo materno de manejo de la pena. Se ha propuesto ampliar su repertorio de manejo de las emociones negativas. De acuerdo al modelo TOS, lo que ha sucedido es que Clara está logrando *identificar cuando el problema está presente, y se está dando cuenta cómo crearlo y/o influir en él para empeorarlo*, lo cual es un tipo de excepción al problema (de Shazer, 1997), de acuerdo a cómo se planteo previamente (ver Figura 2). De este modo, queda como objetivo terapéutico **“Aprender a regular las emociones negativas de la rabia y la pena, a través de la ampliación del repertorio emocional utilizando el “pensar antes de actuar” cuando aparece la rabia, y “aprender a comunicar lo que siento” cuando aparece la pena”**.

Comentado [U6]: Objetivo terapeutico

5.1.4 Sesiones posteriores y cierre terapéutico

En la 5° sesión, en la cual asiste junto con su madre, Clara dice, con orgullo “no me enojé ni un día”. Se aplica el trabajo sobre excepciones (más detalles el punto 2.2.1): a) elicitación de excepciones: ¿qué hace que “no te enojas” (la excepción) ocurra?, ante lo cual señala que cuando comienza a sentirse

enojada, para evitar que aparezca la frustración, lo que hace es “cambiar su foco de atención” acercándose a su perro (llamado Milo), hablar con su pololo, ver un programa en la televisión o una película, estudiar, hacer ejercicio, que se presentan como nuevas soluciones adaptativas para regular el enojo; b) Se “marca” la excepción, destacando el logro en cuanto a pasar de una reactividad a una responsividad emocional, frente a estímulos que antes generaban una gran frustración (Ver Figura 3); c) Se “amplifica” la excepción, solicitando la mayor cantidad de detalles al respecto; y d) Atribuir control: que Clara sienta y crea que es ella la que tiene la autoría de la excepción, diciendo “¿cómo es que se te ocurrió hacerlo?”. Se integra a la madre en el avance, quien ocupa una posición más bien demandante pero cooperadora frente al problema, dice “yo la apoyo con lo del perrito”, haciendo referencia a que lo cuida cuando Clara no puede hacerlo.

En la 6° sesión, asiste Clara y su madre. Se trabajan las ventajas de los cambios, reforzando los avances en cuanto a los objetivos propuestos mediante el uso de escalas de avance. La madre indica un 10 de avance terapéutico, señalando los mecanismos autorregulatorios de las emociones negativas que ya se habían mencionado la sesión anterior: “ha superado su rabia, ha controlado sus sentimientos (...) además ayuda Milo, su perrito, el pololo, ver películas, programas en la televisión, e ir al colegio”. Clara, en la misma escala, selecciona un 5 de avance terapéutico, y dice: *“puedo controlar mis enojos, mi cansancio, mis miedos (...) no me siento sola, ando más alegre”*.

Se cita a una 7° sesión como seguimiento a las 6 semanas (hubo vacaciones tanto en el colegio como en el centro de atención), asiste Clara y su madre. En las escalas de avance, la madre mantiene el 10 en cuanto al avance terapéutico, y Clara señala que ha alcanzado el 10 “porque dominé mi enojo, ya dejé de pensar en lo que me enoja”. Se hace un cierre terapéutico revisando sesión a sesión el proceso terapéutico, enfocándose en la especificación de las estrategias utilizadas con éxito para solucionar con eficacia el problema, y cómo puede seguir aplicándolas en el futuro. Se finaliza el proceso terapéutico ya que Clara logra descubrir la manera de influir en el problema que los trajo a consultar. En sus palabras: “Evito las crisis porque afectan el poder tener una vida normal (...) no me siento sola, ando más alegre”. De acuerdo a como plantea la TOS, “la terapia finaliza cuando se han cumplido las metas establecidas al principio del tratamiento o cuando el cliente decide dejar de acudir a las entrevistas” (Ochoa de Alda, 1995, p. 117)

5.2 Análisis descriptivo del caso desde la Terapia Orientada a las soluciones (TOS)

Siguiendo el abordaje de la Terapia Orientada a las Soluciones (TOS), es que, a continuación, se hará una revisión del proceso terapéutico de forma *inductiva*, siguiendo al grupo de Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee (BTFC por sus siglas en inglés) comenzó a trabajar desde el modelo TOS (Pacheco, s.f.), centrándose en las soluciones eficaces que emplean las

personas para resolver sus problemas. Se intenta favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, razón por la cual la entrevista idealmente ocupa el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean (Ochoa de Alda, 1995).

Tomando en cuenta lo anterior, el sistema consultante, compuesto de padre y madre y paciente índice, una adolescente de 16 años derivada por la psicóloga del colegio, presentan las “crisis de pánico” de Clara como foco problemático a trabajar en el proceso terapéutico. Padre y madre discursivamente están de acuerdo en buscar una explicación o causa del “problema mental” que le aqueja a su hija. Es así como se navega en la “conversación del problema” (problem talk en inglés, de Jong y Berg, 2002/1998), desde la cual los padres estarían intentando aplicar el modelo biomédico al aparato psíquico (Kreuz, 2009), es decir, brindan información de forma exhaustiva en relación al problema, con el fin de encontrar un supuesto déficit en Clara, quien está haciendo síntoma. El desafío que se presenta ya desde el inicio es cómo utilizar este marco de referencia que opera desde un pensamiento causal, y que está dispuesto a cooperar desde ahí, en la solución del problema, de acuerdo a la premisa de que “para cambiar algo se debe ser conciente de la fuente o de la verdadera naturaleza del problema (O’Hanlon, 1990, p. 37).

De este modo, en la primera sesión se identifica este *discurso autoinvalidante* (Jubés et al., s.f.) basado en el modelo del déficit, y se propone reemplazarlo por un discurso más satisfactorio. Siguiendo estrictamente lo

propuesto por el modelo TOS, en cuanto a que el énfasis “recae en averiguar cuáles son las situaciones en la que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes” (Ochoa de Alda, 1995, p. 107), dado lo arraigado que está el pensamiento causal en este sistema consultante es que “tenemos que estar dispuestos a hablar con ellos sobre causas y efectos si ese el único modo como pueden pensar en una solución” (Lipchik, 2002, p. 51). Desde la TOS, este *estilo de cooperancia* (de Shazer, 1992) que tiene el sistema consultante de intentar solucionar el problema, debe ser respetado y seguido con tal de no hacer una *intervención prematuramente* (Lipchick, 2002).

Mirando el Diagrama de flujo de Shazer (1992), que señala que el paso preliminar en el modelo TOS para comenzar el proceso terapéutico es identificar qué tipo de cliente está solicitando la atención, en el sentido de indicar que relación establece cada miembro del sistema consultante con el problema que se presenta como tal en la terapia (cliente, demandante o visitante). Ver Anexo 3 un Mapa Central que ilustra la ruta recorrida en el proceso terapéutico, basándose en el Mapa Central o Diagrama de Flujo de Shazer (1997). Inicialmente, la presencia y el planteamiento discursivo explícito indica motivación para resolver el problema; pero qué está dispuesto cada uno a hacer/ decir/ sentir para conducirse al cambio? Con esta pregunta planteada, al final de la primera sesión se plantea siguiente tarea: *¿qué cosas son útiles para ayudar a Clara?*

En la *segunda sesión*, asiste padre, madre y Clara y, en la revisión de la tarea, padre, madre e hija despliegan un discurso desde el cual se deja entrever

que la posición de la madre emerge como demandante, ya que *percibe que hay un problema*, pero no se da cuenta que es parte de la solución, y *coopera* con la desde una actitud hiperprotectora con Clara, y una emocionalidad desde la pena/tristeza. El padre, por su lado, es posible señalarlo como visitante -al captar que Clara tiene un problema, e intenta mostrárselo desde el enojo, pero *no se percibe involucrado ni en el problema ni en la solución*. De este modo, al final de la segunda sesión se logra identificar qué posición tiene el sistema parental respecto del problema. De Clara aún en la segunda sesión no se logra identificar qué relación tiene con “su” problema. Para intentar dilucidar esto, al finalizar la segunda sesión, se deja como tarea a Clara: *“Escribe lo que podrías aprender de papá y mamá”*.

Ocurre que en la *tercera sesión* Clara asiste sola a la sesión, lo cual planteó a la terapeuta el desafío de buscar “el encaje y colaboración entre cliente y terapeuta” (Corbella y Botella, 2003), es decir, establecer la alianza terapéutica entre la terapeuta y cliente, ya que hasta el momento los discursos paternos habían sido más claros y explicitados, pero Clara hasta el momento había permanecido en un plano secundario, mostrándose desde la queja. En esta aventura es posible señalar que, a partir de la tercera sesión, Clara irrumpe desde sus propios recursos como la cliente protagonista del cambio del sistema consultante. En la revisión de la tarea de *“escribir que puedes aprender de tu papá y tu mamá”*. Dice:

“de mi padre puedo aprender a controlarme, a controlar la rabia, pero no como él, porque lo pasan a llevar (...) es que le dicen cosas, se queda callado

*(...) dice que no le importa... no dice nada se queda callado (...) de mi mamá...
mi mamá trata de esconderse cuando tiene pena”.*

En esta respuesta aparece el marco global sobre el cual se va a trabajar en las siguientes sesiones, y que tiene que ver con el repertorio emocional del sistema consultante. Podría decirse que la crisis de pánico que presenta Clara como problemática inicial, se enmarca dentro de un funcionamiento emocional familiar que podría revelar un repertorio emocional invalidante en lo que a emociones negativas respecta (rabia y pena/tristeza, específicamente). Lo ocurrido en la tercera sesión es que la visión del cambio del problema guarda relación con el repertorio emocional y autorregulación emocional de cada uno de los miembros del sistema consultante, en lo que a emociones negativas respecta.

Sobre este planteamiento se dirige la atención hacia el *contenido* de la terapia, es decir, emerge la inquietud como equipo de desarrollar a) metas bien formuladas y b) desarrollo de soluciones basadas en las excepciones (de Jong y Berg, 2002/1998). A continuación, se desarrollará cada aspecto.

En cuanto a *las metas bien formuladas* se trabaja desde la “metáfora de tres patas” (Duncan et col., 2003). De este modo, en base a la pregunta ¿qué quiero lograr? orientada a identificar metas, significados y propósito, es posible decir que se co-construye como *objetivo terapéutico* “aprender a regular las emociones negativas”. En cuanto a qué medios y métodos se utilizarán para llegar al objetivo en forma colaborativa, es decir, ¿cómo lo logro? se estipula

que “a través de ampliar el repertorio emocional es que Clara va a aprender a regular las emociones negativas de pena y rabia”.

De este modo, entre la tercera y cuarta sesión, se definen como objetivo terapéutico “Aprender a regular las emociones negativas de la rabia y la pena, a través de la ampliación del repertorio emocional, utilizando el “pensar antes de actuar” cuando aparece la rabia, y “aprender a comunicar lo que siento” cuando aparece la pena”, que responde al requerimiento de ser pequeñas, concretas, expresadas en positivo, interaccionales y asociadas al éxito terapéutico (Beyebach, 1999). “Pensar antes de actuar” y “aprender a comunicar lo que siento” viene a ser soluciones eficaces y pautas efectivas de autorregulación emocional de la rabia y la pena que amplían el repertorio emocional familiar inicial (ver Figura 3).

Comentado [U7]: Chequear numero de la figura

El trabajo en conjunto sentó las bases para que a la 4° sesión Clara, con sus palabras, dijera:

“no me había dado cuenta, hasta la sesión pasada, que lo que gatillaba todo era el enojo (...) es un bien para mí tratar de pensar antes de actuar y aprender a comunicar lo que siento (...) quiero cambiar, a mí me molesta estar enojada... jamás había tomado una decisión sobre eso (...) me viene el enojo y hago otra cosa (...) trato de no enojarme”.

Con lo anterior, es posible decir que Clara se dio cuenta *que puede* hacer algo frente a lo que le aqueja (de Shazer, 1997), *ampliando*, según la TOS, las

soluciones eficaces y resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de los individuos y familias, mediante la especificación de estrategias eficaces de soluciones de problemas (Ochoa de Alda, 1995). A partir de este momento Clara sabe cuando el problema está presente y sabe cómo crearlo e influir en él para empeorarlo (de Shazer, 1997).

6. Discusión y conclusiones

Para comenzar, es posible mencionar que se constituyó como primer desafío el comprender la teoría de cambio del sistema consultante, lo que se refiere a las creencias de la persona o el sistema consultante antes del tratamiento respecto a su problema y a los procesos de cambio (Miller et col., s.f). Al respecto, sabido es que, en un momento inicial, los padres de la “paciente índice” manifiestan una clara inquietud por identificar el origen o la causa en un supuesto déficit de Clara, que fue diagnosticado como “crisis de pánico”, yendo incluso a plantear una hipótesis hereditaria materna a la base. Pero la pregunta es cómo llevar a cabo esto si se supone que la entrevista TOS “emplea el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean” (Ochoa de Alda, 1995). En esta búsqueda, aparece Eva Lipchik (2002), diciendo

la TOS “avanza a paso lento (...) el uso prematuro de la técnica puede prolongar el tratamiento, porque es posible que se concentre en quejas que no tienen relación con lo que el cliente desea realmente de la terapia (...) tenemos que estar dispuestos a hablar con ellos sobre causas y efectos si ese el único modo como pueden pensar en una solución. (p. 51)

Siguiendo el planteamiento de la TOS, a veces puede ocurrir como el caso revisado, que por la epistemología del sistema consultante, hubo que detenerse para lograr una construcción del problema o historia de la queja de acuerdo a la visión de mundo del sistema consultante (de Shazer, 1995).

Por lo anterior, y tomando la premisa de la TOS que dice que si el terapeuta conoce la forma en que el sistema consultante colabora, el trabajo terapéutico se optimizará (Ochoa de Alda, 1995), entendiéndolo como un *estilo de cooperancia* al cual resulta óptimo acoplarse. Se revisa, entonces, en detalle desde qué lugar el sistema consultante presenta el problema y, desde ahí, construir el problema, para luego deconstruir el marco de referencia basado en el modelo del déficit. De acuerdo al modelo TOS, una vez que se logra una descripción del problema, cuanto antes la idea es “orientar la entrevista hacia aquello que funciona y que permite superar la conducta problemática” (Ochoa de Alda, 1995, p. 109) y redirigir el discurso autoinvalidante inicial hacia uno que emerja desde el marco de referencia validante, que hable desde la construcción de soluciones (de Shazer, 1997).

El síntoma o conducta problemática que presenta el sistema consultante “comprende una dificultad a la que se suman intentos reiterados e ineficaces para superarla” (Ochoa de Alda, 1995). En este caso, se vio como la familia está movilizada desde las crisis de pánico de Clara, quien a su vez está mostrando impacientemente lo que le sucede internamente. Aquellos intentos de solución son percibidos por los miembros del sistema consultante como “los correctos”,

siendo esta noción lo que posibilita la permanencia del síntoma, ya que al insistir en esta idea, no se ponen en práctica otras soluciones más eficaces (Ochoa de Alda, 1995). Para ello es que aparece la *búsqueda de excepciones*, enfocándose en identificar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes, es decir, cuales son las excepciones deliberadas o espontáneas en torno a la conducta sintomática (en este caso, a las crisis), que han pasado desapercibidas para el sistema consultante (Ochoa de Alda, 1995). El proceso terapéutico se orientó naturalmente a lograr que el sistema consultante se diera cuenta que puede hacer algo para influir en su problema (de Shazer, 1997).

Lo anterior plantea un segundo desafío que tiene que ver con indagar qué relación tiene cada uno de los miembros del sistema consultante con la problemática inicial. De este modo, se identifica que el padre está cooperando como visitante, al problematizar la sintomatología de su hija desde un modelo biomédico; la madre como demandante, que ve que hay problema pero no se ve como parte de la solución, también con una óptica causal. Es la misma Clara quien irrumpe como cliente y, a partir de la tercera sesión, se plantea y actúa como protagonista de su cambio. Al orientar el proceso terapéutico a la búsqueda de excepciones, se trata de posibilitar un “darse cuenta” de aquellas ocasiones en que el síntoma no aparece o lo hace con menor intensidad porque se ha hecho algo distinto a lo conocido (Ochoa de Alda, 1995).

El tercer desafío se fue presentando cuando se estaba en proceso de alcanzar *metas bien formuladas* (de Jong y Berg, 2002/1998) -según el cual se

co-construye con el sistema consultante las descripciones de lo que sería diferente en sus vidas si el problema estuviera resuelto-, que apuntaba a trabajar con las fortalezas de la cliente; entonces, *cómo hacerlo* si hasta la segunda sesión se contaba con un padre visitante, una madre demandante y una hija silente en relación con la queja. Como indica de Jong y Berg, 2002/1998, “el descubrir las fortalezas es un proceso colaborativo entre terapeuta y cliente”, pero la cuestión era cómo hacerlo. Lo fascinante de todo este proceso se hace evidente cuando la misma Clara aparece en la tercera sesión con la respuesta, desde su corporalidad, discurso, sentir y presencia: “soy cliente”, tocando todas las puertas y abriendo todas las ventanas del lugar. Ocupa su espacio terapéutico, ya no quedaba más que escuchar atentamente su propuesta. Este desempeño clave remitió a lo expresado por de Jong y Berg (2002/1998), quienes dicen que enfocarse en las fortalezas aleja al terapeuta de la tentación de juzgar o culpabilizar a los clientes por sus dificultades y lo empuja hacia el descubrimiento de cómo el cliente sobrevive, aun en las peores circunstancias. Fundamental era focalizarse en los recursos desde donde se define la cliente, esperando que aumentara de este modo la motivación del cliente (de Jong y Berg, 2002/1998). Definitivamente, arribaba en escena el supuesto de que “el terapeuta no tiene la última palabra en cuanto a qué necesita el cliente para mejorar su vida (de Jong y Berg, 2002/1998). No quedaba más que tomar esa fuerza cooperativa y seguir el proceso de cambio

A partir de este momento surge tímidamente el objetivo de “aprender a regular las emociones negativas”, que se profundizó en la 4° sesión, co -

construido como un “Aprender a regular las emociones negativas de la rabia y la pena, a través de la ampliación del repertorio emocional, utilizando el “pensar antes de actuar” cuando aparece la rabia, y “aprender a comunicar lo que siento” cuando aparece la pena”.

Si, como señala de Shazer (1992/1997), el finúltimo de la terapia breve es promover en los clientes al cambio, a “hacer algo distinto”, en este caso se puso en evidencia que el cambio en la interpretación de la conducta “panicosa” de parte de Clara, pudo llegar a una solución de la queja, o conclusión. Resultaría interesante tomar conocimiento sobre qué proceso de cambio se activó en el sistema consultante y familiar después de explicitado el protagonismo de Clara en la problemática inicial. Como señala de Shazer (1986/1999), “sólo se requiere un pequeño cambio (...) sólo es necesario un objetivo mínimo y razonable” (p. 125), y con este hallazgo, los procesos circulares emocionales (Kreuz, 2009) adoptaron otra dinámica. Para cerrar, sólo queda, tomar inspiración y decir “el cambio en una parte mínima del sistema lleva a cambios del sistema en su conjunto” (de Shazer et al., 1992/1997).

En palabras de Beyebach (1999), “la TOS trabaja en primer término con las soluciones, ayudando a los clientes a identificar lo que quieren conseguir (Pregunta Milagro) (...), trabajando para marcar y ampliar aquellas ocasiones en que de hecho lo consiguen (trabajo con excepciones) y fomentando que los clientes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos. Sin embargo, si esta línea de trabajo no genera avances suficientes, la terapeuta puede abordar la situación desde el planteamiento complementario, intentando

reducir la conducta problema y retomando la línea de soluciones cuando aparezcan los cambios (Beyebach, 1999, p. 6).

Y para terminar, “la tarea del terapeuta, por lo tanto, no consiste en analizar sino en intentar comprender, comprender desde la cambiante perspectiva de la experiencia vital del cliente” (Anderson y Goolishian, 1996, p. 52-53, en Pacheco, 2003, p. 1-2).

7. Referencias bibliográficas

Beyebach, M. *Introducción a la Terapia Breve Centrada en las Soluciones*. Publicado en Navarro Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos, ed. *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú, 1999. Recuperado el 10 de

Enero de 2013, de

<http://calebwebsite.tripod.com/referencias/IntroduccionTBCS.pdf>

Corbella, S. y Botella, L. *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación*. Anales de psicología 2003, vol. 19, n° 2 (diciembre), 205- 221.

Recuperado el 9 de enero de 2013, de

http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf

De Jong, P. y Berg, I. (2002/2008, 3° Edición). *Interviewing for Solutions*.

California: Brooks & Cole Publishing Company.

De Shazer, S. (1992). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona:

Paidós.

De Shazer, S. (1997). *Claves en Psicoterapia Breve: Una teoría de la solución*.

Barcelona: Gedisa

Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., Johnson,

L. *The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a "Working" Alliance Measure*. Journal of Brief Therapy, vol. 3, n°1, 2003, pp. 3-

12. Recuperado el 9 de Enero de 2013, de

https://www.myoutcomes.com/documents/The_Session_Rating_Scale_Psychometric_Properties_of_a_Working_Alliance_Scale.pdf

Jubés, E., Laso, E.y Ponce, A. (s.f.). *Constructivismo y construccionismo: dos*

extremos de la cuerda floja. Recuperado el 7 de Enero de 2013, de

<http://estebanlaso.com/pdfs/constructivismo-construccionismo.pdf>

Kreuz, A. (2009). *Emociones en Terapia Familiar: del Tabú a la Resonancia*. Recuperado el 5 de Junio de 2013, de <http://www.ctff-fasedos.com/documentos/Emociones%20Terapia%20Familiar.pdf>

Lipchick, E. (2002). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica: el trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Miller, S., Duncan, B., Hubble, M. (s.f.). *Client -Directed, Outcome -Informed Clinical Work: Directing Attention to "What Works" in Treatment* (in press). Traducido por Ps. Mario Pacheco, de Centro para el Desarrollo de la Psicoterapia Estratégica Breve, Instituto Milton H. Erickson de Santiago de Chile

Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Nardone, G, Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia: Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Barcelona: Herder Editorial.

O'Hanlon, W. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

Pacheco, M. (s.f.). *Acerca de la Terapia Breve Orientada a la Solución* (versión preliminar) de Centro para el Desarrollo de la Psicoterapia Estratégica Breve, Instituto Milton H. Erickson de Santiago de Chile.

Pacheco, M. (2003). *Contribuyendo a la Alianza Terapéutica. Empatía Terapéutica: Abriendo caminos para el cambio usando el lenguaje del cliente*.

Recuperado el 9 de Enero de 2013, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Alianza-Terapeutica/5832440.html>

Prochaska, J. (1999). *¿Cómo cambian las personas y cómo podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas más personas?* Traducido por Ps. Mario Pacheco (de Centro para el Desarrollo de la Psicoterapia Estratégica Breve) de *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Mark A. Hubble, Barry L. Duncan and Scott D. Miller (Eds.), Washington, DC: American psychological Association, 1999, pp. 227 -255

Procter, H. comp. (2002). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson*. Volumen II. Barcelona: Paidós.

Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio: soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.

Simon, V. M. (1997). *La participación emocional en la toma de decisiones*. *Psicothema* 9 (2); 365 - 376

Von Schlippe, V. y Schweitzer, J. (2003). *Manual de Terapia y Asesoría Sistémicas*. Barcelona: Herder.

8. Anexos

ANEXO 1: Hoja de evaluación sesión a sesión

ANEXO 2: Carta de consentimiento informado

ANEXO 3: El Mapa Central (de Shazer, 1997) trabajado en el equipo Cambiodós

Comentado [U8]: Incluir anexos

Comentado [U9]: No olvidar incluir

Comentado [U10]: No olvidar incluir

Anexo 3: Mapa Central de Shazer (1997) aplicado al caso

