

del esquema corporal, el segundo grado (mental), y tercero (integración cuerpo-mente), promueve la toma de consciencia de los procesos sensitivos, cognitivos y emocionales. El cuarto grado sirve para tomar consciencia y desarrollar los valores existenciales del individuo. En los grados 5 al 8, se profundiza en la toma de consciencia de la energía vital presente en el ser humano. En los grados 9 al 12 se aprende a poner en práctica los valores conquistados. Cada grado puede constituirse como un método. Las técnicas en las que se enseña la autoaplicación evitan la dependencia con el terapeuta. La práctica del método aporta una disposición mental que vuelve al individuo sano o con alguna patología, menos receptivo al estrés y las agresiones cotidianas físicas y psíquicas, desarrollando capacidades intelectuales.

La participación de la persona en su propia terapia es esencial y supone para el individuo un aprendizaje consciente y sincero compromiso por su bienestar para toda su vida. “Toda acción positiva, sobre no importa qué parte de la consciencia tiene una repercusión positiva sobre la totalidad del ser”. Dr. Caycedo. Con las técnicas apropiadas se trabajan estructuras básicas, como son las sensopercepciones, la afectividad, las emociones, el pensamiento creativo y la reflexión, activando siempre la parte positiva de cada una de ellas.

La sofrología no es ni hipnosis, ni psicoanálisis, ni otra técnica de relajación, si bien, utiliza la relación como medio, no como fin. Su objetivo es la conquista de una forma de consciencia más positiva, más consciente de sus valores y los valores de los demás.

El estado de consciencia sofrológica en el ser humano mantiene una actitud extraordinaria y tiende a “percibir que las cosas pueden ser de otra manera”, frente a la conciencia ordinaria que tiene a “percibir que las cosas son como son, porque no pueden ser de otra manera” y en contra de la conciencia patológica que “percibe las cosas de la realidad de forma alterada”.

En relación al logotipo de la sofrología: “Ut constientia

noscatu”= “para que la consciencia y los valores sean conocidos”.

En relación al logotipo de Medisofia, además de la numerología, psicografología, tiene en cuenta, el significado de los colores(cromoterapia), de la misma forma que se da valor por la intencionalidad, a los dibujos y sus simbolos universales.(psicología, cruz, círculos, runas, letras griegas-Epsilon, Alfa- , arbol, la estrella de David, o el hexagrama, -trascendiendo las fronteras del sentido religioso o significado político, (actual bandera de Israel), -: es el resultado de 2 triangulos que viene a significar, la unión de lo de “arriba” con lo de “abajo”, lo material, con lo espiritual, .. además el triangulo representa la trinidad del cuerpo, mente y espiritu; También el hexagrama representa, con la superposición de sus símbolos triangulares, los 4 elementos: tierra, agua, aire y fuego; y la quinta esencia, es decir la estrella de seis puntas, es la combinación del oro y de la luz, la materia y energía perfeccionadas, que representan el equilibrio y la armonía.



GEMMA ISABEL GARCÍA CRESPO

Directora científica de Medisofia: Centro de Sofrología y Salud. Creadora e instructora del método MEDISOFIA.

Directora de Gepsicom: Consultoria, Formación y Salud. Consultora de dirección empresarial. (áreas de especialización y master: comunicación corporativa, marketing, RRHH...), formadora-docente, coach, experta en desarrollo de habilidades sociales y directivas, Psicóloga social, Psicografóloga (M-28/0055), Psicoterapeuta (miembro de la asociación española de psicoterapia-Feap y Aep). Especialista en atención integral a víctimas, (miembro del instituto de victimología) tto. psicossomático, y asistencia primaria en salud mental en catástrofes, psicooncóloga (en formación)-(miembro de la sociedad española de psicooncología=SEPO). Master especialista en Sofrología Caycediana. Miembro de la Federación Mundial de Sofrología Caycediana N^o 332.029.

Contacto: www.gepsicom.com y www.medisofia.com

Tel: 609273777

Terapia Centrada en las Soluciones

Dr. Benito Estrada Aranda
M.C. Mónica Teresa González Ramírez

¿Cómo centrarse en las soluciones para facilitar el cambio en la terapia? Para dar respuesta a esta pregunta presentaremos en nuestro capítulo el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) desarrollado a principios de los años '80 por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y otros de sus colegas (Elam Nunnally, Eve Lipchik y Alex Molnar)) en el Centro de Investigación, formación y entrenamiento de terapeutas que fundaron en la ciudad de Milwaukee, Estados Unidos el *Brief Family Therapy Center*.

A través del capítulo conoceremos que el trabajo de los terapeutas centrados en soluciones consiste en construir dentro de la realidad terapéutica del cliente (a través de una relación terapéutica cooperativa) la idea de que el cambio es *posible e inevitable*. Para hacerlo, comienzan elaborando estrategias (a través de técnicas) para *proyectar* el presente (sin el problema) en el futuro más inmediato. Esto transmite al cliente que el terapeuta espera encontrar cambios y la seguridad de que se producirán. De esta manera, la tarea del terapeuta consiste entonces en *identificar y ampliar* las cosas que el cliente ya está haciendo (soluciones eficaces) para conseguir y consolidar el cambio. También, identifica los momentos en los que el problema en contra de todo lo esperado, no se presenta (excepciones) e investiga de forma interaccional, todo lo que sucede a su alrededor, resaltando con ello los

recursos de los clientes para resolver el problema. Con esto se ayuda a crear la expectativa de la posibilidad de un futuro cercano sin el problema.

Para facilitar al lector la comprensión de este modelo terapéutico, desarrollaremos un esquema de una primera y segunda sesión presentando algunas de las intervenciones más importantes a través de las cuales los terapeutas centrados en soluciones facilitan el cambio terapéutico en sus clientes: la pregunta por el *cambio pretratamiento*, la *pregunta milagro* y la *pregunta escala de avance*.

¿DE DÓNDE SURGE LA TBCS?

Se puede afirmar que el modelo centrado en soluciones (del BFTC) nació del modelo centrado en los problemas del Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974) y evolucionó hacia una filosofía orientada a las soluciones. La característica principal del proceso de la terapia centrada en soluciones sería: *proceso durante el cual terapeuta y cliente construyen algo -una solución-, en vez de arreglar algo -una disfunción-* (Molnar y de Shazer, 1987, p. 27). Desde que surgió la TBCS hace ya más de 20 años ha crecido rápidamente dejando al día de hoy una amplia literatura teórica y un sólido sustento empírico (Estrada, Beyebach y Herrero de Vega, 2006; Gingerich y Eisengart; 2000).

¿QUÉ INFLUENCIAS IDENTIFICAMOS EN LA TBCS?

Las ideas y el modelo terapéutico que de Shazer desarrolla y explica a lo largo de su obra transitan históricamente desde Milton Erickson, Gregory Bateson y los terapeutas del grupo del MRI. Llegan incluso hasta ciertas influencias asiáticas (budismo, taoísmo) derivadas de su esposa Insoo Kim Berg. Ya que este modelo nació de la práctica de la terapia familiar, las primeras bases provienen de la teoría

general de sistemas. No obstante, Berg (1994) explica que aunque la TBCS está basada en las mismas ideas interaccionales y sistémicas de la terapia familiar, difieren de manera significativa en la visión del cambio. Para la TBCS el proceso del cambio es inevitable y está ocurriendo constantemente. Una característica del modelo centrado en soluciones es la adopción de una fuerte línea constructivista. El terapeuta centrado en soluciones construye e inventa con la cooperación del cliente, una realidad terapéutica a través del *constructivismo radical*. La influencia de Tomm (1987, 1988) se advierte también en el tipo de preguntas que suelen emplearse (reflexivas, circulares y estratégicas). Por último, se advierte en los últimos trabajos de Steve de Shazer (1991) la influencia de Ludwig Wittgenstein al hablar sobre *juegos de lenguaje*.

PRESUPUESTOS TEÓRICOS

Los terapeutas centrados en soluciones asumen la certeza teórica de que podrán construir una expectativa de cambio en el cliente. Para de Shazer (1988) este es el supuesto central de su modelo: “Sin la expectativa de que las cosas pueden andar mejor, la terapia no tiene sentido. De hecho, la expectativa de que las cosas pueden andar mejor es la presuposición central de toda la terapia” (p. 209). Para una revisión completa de los presupuestos teóricos de la TBCS el lector puede consultar a de Shazer (1985, 1988). Aquí solo mencionaremos tres reglas o principios que sirven para orientar la terapia hacia las soluciones (Berg, 1994):

1) Si no está roto, no lo arregles: Ayudar al cliente a centrarse sólo en lo que funciona para resolver el problema y en aquello que puede solucionarse.

2) Si funciona, sigue haciéndolo: Ampliar lo que está funcionando es una solución en potencia. No importa lo pequeño que sea.

3) Si no funciona, deja de hacerlo y haz algo diferente:

Se trata de interrumpir la espiral de soluciones ineficaces introduciendo un elemento nuevo o diferente para reorientar los esfuerzos por encontrar una solución.

¿CUÁL ES LA ESTRUCTURA DE UNA PRIMERA SESIÓN?

La TBCS además de ser un enfoque breve¹, se caracteriza por la rapidez con la que el terapeuta inicia la búsqueda, construcción e identificación de soluciones. En la primera sesión dedica muy poco tiempo a la exploración del problema (aunque siempre el necesario) y centra de inmediato la conversación en los recursos de los clientes. Cuanto más consiga que el cliente hable y describa las *diferencias* que crea la visión del futuro sin el problema, más capaz será de advertir el cambio cuando este ocurra.

Pero vamos paso a paso describiendo el esquema de primera sesión. Hay que señalar que esta estructura sirve para aprender a usar el modelo y guiar los pasos de los terapeutas y en ningún sentido representa una guía a seguir rígidamente en el orden que aquí se presenta. El lector interesado pueda profundizar en el tema consultando a de Shazer (1985, 1988, 1991, 1994).

Luego de una breve fase social inicial el terapeuta comienza a trabajar en algunos elementos claves para el éxito de la terapia como la construcción de la relación terapéutica, la definición de la queja (establecer la demanda de consulta), la definición de objetivos y la búsqueda constructiva de excepciones.

¿CÓMO SE CONSTRUYE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA?

El objetivo es crear un ambiente de confianza en el que los clientes puedan sentirse escuchados y cómodos, lo cual debe llevar a crear una relación de cooperación que facilite el cambio. Para esto, es útil tener en consideración los modelos

1 El número promedio de sesiones oscila entre 4.6 (de Shazer 1991) y 5 sesiones (de Shazer, 1985).

de relación terapeuta-cliente que explica de Shazer (1988): *Visitantes, Demandantes y Compradores*. Estas descripciones no son más que construcciones teóricas que el terapeuta puede considerar para conseguir ajustar (de Shazer, 1985) las intervenciones a cada cliente en particular.

¿CÓMO SE DEFINE LA DEMANDA DE CONSULTA?

El siguiente paso es establecer de forma muy breve la demanda de consulta. Esto es una definición clara y concreta (conductual) del problema. Con frecuencia se pregunta: *¿Qué le ha traído hoy por aquí?* Una vez que el cliente a definido de forma concreta el problema, se procede al establecimiento de la demanda de consulta a través de la definición de los objetivos terapéuticos.

¿CÓMO SE DEFINEN LOS OBJETIVOS EN LA TERAPIA?

Ahora la tarea del terapeuta es traducir la definición del problema en una definición de la solución. Por ejemplo: *¿de esto que me has contado, en que te gustaría que te pudiera ayudar?* Los objetivos son fundamentales para precisar el modo en que el cliente y el terapeuta descubrirán que el problema ha quedado resuelto (de Shazer, 1988). Es aquí en donde el terapeuta debe ayudar y guiar al cliente a realizar una buena definición de los objetivos, pero *¿cómo conseguirlo?* Berg (1994, pp. 66-80) describe las características de los objetivos bien formados: 1) Deben ser importantes para el cliente. 2) Descritos en términos interaccionales dentro de un contexto social. 3) Pequeños, simples y alcanzables. 4) Formulados como *la presencia de algo*, más que *la ausencia de algo*. 5) Descritos como el comienzo de una nueva conducta, no como el final de una conducta indeseable. 6) El cliente debe percibir que alcanzarlo supone trabajar duro y un esfuerzo máximo. El orden en el que son expuestos, no es necesariamente el orden que siguen en terapia.

¿QUÉ SON Y CÓMO SE BUSCAN LAS EXCEPCIONES?

Son aquellos momentos en la vida de los clientes en donde en contra de todo pronóstico, el problema no se presenta. En cambio, el cliente hace algo que funciona o que es efectivo para acercarse a sus objetivos. El trabajo del terapeuta se concentra en *identificarlas, ampliarlas y atribuir* a los clientes el avance conseguido e investigar la forma en la que estos pueden mantenerlas. *¿Cómo iniciar la búsqueda?* el procedimiento podría seguir el siguiente orden (Beyebach, 1995,): 1°. *Elicitar* el tema de las excepciones. 2°. *Marcar* la excepción. 3°. *Ampliar*. Conocer lo más posible y con gran detalle acerca de ella. 4°. *Atribuir control*. A través de la pregunta: *¿Cómo lo ha conseguido?* 5°. *Seguir*. Qué más excepciones.

CAMBIOS ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO, ¿CÓMO?

La TBCS considera que una buena parte de las excepciones ocurren incluso antes de que la primera sesión se lleve a cabo. De esta manera, la búsqueda comienza en lo que ha sucedido desde el momento que el cliente llama para pedir la consulta hasta el día en que el terapeuta le recibe, a estas excepciones se les llama *cambio pretratamiento* (Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987):

Muchas veces las personas advierten en el tiempo que transcurre entre que conciertan la consulta y la primera sesión que las cosas ya parecen diferentes. ¿Qué ha notado en su situación?

VIAJE SEGURO Y CÓMODO AL FUTURO SIN SU PROBLEMA: LA PREGUNTA MILAGRO

El propósito central de la Pregunta Milagro (de Sha-

zer)1988), es trasladar al cliente a un futuro inmediato sin más equipaje que las soluciones, expresadas en términos de las *diferencias* que supondrá en su vida la desaparición *milagrosa* del problema. Suele aplicarse siempre en la primera sesión. El resultado efectivo del trabajo con la Pregunta Milagro debe ser una narración conductual (que puede incluir lo emocional) en la que pueda *verse* cómo serán las cosas cuando el problema esté resuelto y qué diferencias creará en la vida del cliente (y alrededor de su entorno: familia, trabajo, amigos, pareja) su desaparición. La fórmula en la que la estableció de Shazer (1988) es la siguiente:

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 ni una sola palabra sobre el asunto?

¿CÓMO MEDIR EL CAMBIO TERAPÉUTICO?

Luego de la Pregunta Milagro, suele emplearse la Pregunta Escala de Avance, herramienta terapéutica diseñada para evaluar el nivel de cambio que el paciente percibe respecto al problema que le llevó a terapia. En general, a través de éstas preguntas se pueden evaluar algunos aspectos subjetivos o abstractos que ocurren dentro del contexto de la terapia y relacionados con el cambio. Por ejemplo, la autoestima del cliente, la confianza que tiene en lograr o mantener el cambio, el progreso de la terapia, la disposición a trabajar y a realizar tareas, la prioridad para resolver distintos problemas (Berg, 1994) e incluso el riesgo de suicidio. La pregunta de escala de avance puede formularse de la siguiente forma:

En una escala de 1 a 10, en donde 1 es el momento en que los problemas que les han traído aquí han estado peor, y 10 el momento en que estarán del todo solucionados, ¿en qué lugar de la escala situarían las cosas?

¿QUÉ ES EL MENSAJE FINAL?

Luego de 45 minutos de sesión el terapeuta suele hacer una pausa con el propósito de diseñar un mensaje para finalizar cada entrevista. El propósito de esta pausa es reflexionar sobre el contenido de la conversación y diseñar un resumen de los aspectos más destacados. Para esto se centra en las cosas positivas y eficaces que el cliente está haciendo y en las diferencias que estas crean en su vida. El formato de este mensaje final utilizado en el BFTC desde sus inicios está formado por los *elogios* (al señalar las cosas que los clientes están haciendo bien) y las *tareas* (cuando se le propone al cliente realizar algo o reflexionar sobre algo). Cuando el terapeuta ha construido este mensaje final, regresa con la familia o el cliente y entrega este mensaje de forma breve, fluida y procurando no entrar en nuevos debates o diálogos.

¿Y LA SEGUNDA SESIÓN Y POSTERIORES?

Los principales objetivos de las entrevistas posteriores a la primera sesión serían (de Shazer, 1994): 1) Construir el intervalo entre sesiones como periodos de tiempo en donde ocurren mejorías. 2) Comprobar si el cliente considera que lo que el terapeuta y él mismo hicieron en la sesión anterior resultó de provecho, si le ayudó a percibir una mejoría. 3) Ayudar al cliente a especificar las cosas que está haciendo que la llevaron a algún logro. 4) Analizar si los logros conseguidos son suficientes para el cliente, esto definirá si es o no necesario continuar la terapia. 5) Evitar hablar del problema y de las cosas que no funcionan cuando el cliente no describa mejorías.

Tanto en la segunda sesión como en las posteriores, las sesiones suelen comenzar con preguntas que *presuponen* que las cosas han ido mejor y que se han producido mejorías. Por ejemplo, al comenzar esta sesión el terapeuta pre-

gunta: *¿Qué cosas han ido mejor?* O también hace preguntas vinculadas con la tarea de la sesión anterior. Por ejemplo: *¿Qué cosas han sucedido que te gustaría que continuaran sucediendo?* El objetivo es mantener una conversación el mayor tiempo posible orientada a descubrir cambios, mejoras y soluciones, aún cuando el cliente informe en un primer momento que las cosas han ido mal o sin mejoras.

Una vez que el cliente informa de alguna mejora, los esfuerzos del terapeuta se concentran en (Beyebach, Piqueiras y Rodríguez-Morejon, 1991): 1) Hablar todo lo posible sobre ella y el mayor tiempo posible. 2) Emplear preguntas interaccionales para abrir más el abanico de los cambios. 3) Atribuir en los clientes la responsabilidad y el logro de los cambios conseguidos. 4) Investigar cómo mantener los cambios, con la intención de crear confianza y seguridad en los clientes. 5) Como una forma de afianzar los recursos de los clientes y prepararlos en caso de que reaparezcan problemas, se suele hacer una prevención de recaídas. 6) Una forma de ampliar y mantener los cambios que informa el cliente es pedirle que continúe haciendo más de lo que funciona para que continúen bien las cosas.

¿CUÁNDO DEBE FINALIZAR LA TERAPIA?

Uno de los criterios de la TBCS para concluir la terapia aparece cuando cliente y terapeuta consideran que los objetivos terapéuticos planteados se han alcanzado. De ahí la importancia de definirlos con claridad y de forma concreta en la primera sesión, ellos determinan el camino a seguir para alcanzar la meta (proyectan el presente en el futuro). Berg (1994) indica que cuando los objetivos han sido descritos en términos conductuales, concretos, y de forma que pueda medirse su avance (por ejemplo, con preguntas escala), es fácil observar cuándo debe terminarse la terapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Berg I. K. (1994). *Family based services. A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Beyebach, M. (1995). Avances en terapia breve centrada en las soluciones. En J. G. Navarro, J., y M. Beyebach (Eds.), *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 157-194). Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M., Piqueras, R., y Rodríguez-Morejón, A. (1991). Terapia centrada en las soluciones: Un estudio de caso. *Cuadernos de Terapia familiar*, 18, 61-91.
- de Shazer S., Berg I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25, 207-222.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to Solutions in Brief Therapy*. Norton: New York.
- de Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1991). *Putting Differences to Work*. Norton: New York.
- de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- Erickson, M. (1954). "Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic procedure". *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2. pp. 261-283.
- Estrada, A. B., Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: una revisión de los estudios de resultados. Gingerich, W. J., y Eisengart, S. (2000). Solution focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477-498. Fifteen outcome studies traced and reviewed.
- Molnar, A., y de Shazer, S. (1987). Terapia centrada en las soluciones: Hacia la identificación de tareas terapéuticas. En Beyebach y Rodríguez Arias (Comps.) *Terapia Familiar. Lecturas I*. Salamanca: Kadmos, 1988.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26 (2), 167-183.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions? *Family Process*, 27 (1), 1-15.
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., y Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168.
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S., y Gingerich, W. J. (1987). "Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: an exploratory study". *Journal of Marital and Family Therapy*, 13 (4), 359-363.

Terapia de posibilidades

M.C. Mónica Teresa González Ramírez
Dr. Benito Estrada Aranda

La terapia de posibilidades es un enfoque terapéutico desarrollado por Bill O'Hanlon, que busca responder a la pregunta *¿Cómo abrimos posibilidades para los pacientes?* al mismo tiempo en que se da especial importancia del reconocimiento y validación de la experiencia interna, de los sentimientos, y se busca que los pacientes se sientan entendidos y escuchados antes de que se pueda hablar de soluciones o se produzcan cambios en sus acciones, en el contexto, las percepciones o los sentimientos (González y Alfonso, 2005).

La terapia de posibilidades, como todas las terapias, esta basada en una serie de supuestos, sus antecedentes son de suma importancia, sin embargo, en el presente nos centraremos en lo que Alfonso (2001), González y Alfonso (2005) y González, Estrada y O'Hanlon (2007) han denominado los principales componentes de la Terapia de Posibilidades: 1) reconocimiento y validación, 2) clarificar problemas y abrir posibilidades, 3) cambiar la manera de ver, de hacer, 4) evaluar el progreso y resultado, 5) planear los próximos pasos y 6) terminar la terapia. La mayoría de los ejemplos que utilizamos han sido tomados de González y Alfonso (2005), O'Hanlon y Beadle (1999) y O'Hanlon (2003).

1) RECONOCIMIENTO Y VALIDACIÓN

Una de las características sobresalientes de este método

es la importancia que se da a reconocer, validar e incluir la experiencia de quienes solicitan terapia; si únicamente hacemos esto la mayoría de los pacientes no avanzarán mucho, sin embargo, hacerlo es esencial para que alguien pueda abrirse a las posibilidades; validar es hacer que el paciente sepa que sus experiencias son apreciadas (O'Hanlon y Bertolino, 2001). Se trata de darle la sensación al paciente (o cliente) que su punto de vista, sus sentimientos son validos y normales (González, Estrada y O'Hanlon, 2007).

Una manera de lograr el reconocimiento es atender a lo que los pacientes han comunicado verbalmente y no-verbalmente, además de hacérselo saber (González y Alfonso, 2005). Ejemplo:

Paciente: *Todo es mi culpa, yo hice que se arruinara la amistad*

Terapeuta: *Veo que el que se arruinara la amistad te ha estado molestando, y pienso que... normalmente se necesitan 2 personas para bailar tango, ¿no lo crees? ¿Cuál piensas que fue tu parte en el daño a la relación?*

En el ejemplo, el terapeuta está utilizando al menos dos intervenciones típicas de este modelo: (1) el terapeuta esta utilizando el lenguaje del paciente (*se arruinara la amistad*), lo cual es una manera de reconocer y validar; (2) esta poniendo el problema en el pasado (*te ha estado molestando*).

Dos técnicas muy útiles para validar son: inclusión y normalización. Inclusión se refiere a la incorporación de las inquietudes, experiencias, objeciones o barreras que exprese el paciente, sin que esto sea un obstáculo hacia la solución (O'Hanlon y Bertolino, 2001). Cambiar *pero* por *y*, en la conversación con el paciente puede ser suficiente para incluir posibilidades:

Paciente: *Te tengo que decir algo, pero no lo puedo hacer.*

Terapeuta: *Está bien que sientas que no me puedas decir algo, y quizás haya alguna manera para que me lo puedas decir cuando estés preparada.*

En el ejemplo, el paciente le indica al terapeuta que tiene algo que decirle, al enlazar esta idea con la siguiente mediante la palabra *pero* invalida el hecho de tener que comunicar algo y resalta que no puede hacerlo. El terapeuta incluye, “da permiso” al cliente a sentir y pensar lo que siente y piensa (miedo a decir algo), lo cual es una forma de validar y aceptar los sentimientos y los pensamientos del paciente.

Por otra parte, normalización se refiere a una manera de tranquilizar al paciente respecto a su situación, es darle la posibilidad de considerar que no es el único, que hay alguien más a quien le ha sucedido algo similar.

Paciente: *Me siento como si todos se fueran a dar cuenta de que tengo SIDA*

Terapeuta: *Si, esto me resulta familiar, muchas personas con diagnóstico reciente expresan esa sensación*

2) CLARIFICAR PROBLEMAS Y ABRIR POSIBILIDADES

En esta fase de la terapia se busca explorar las preocupaciones y las situaciones o quejas que motivaron al paciente a asistir a terapia, después se requiere descubrir lo que en opinión del paciente sería un buen resultado de la terapia. Hablamos de buscar las metas, resultados y destino de la terapia en términos de acción (como se dará cuenta, que verá o escuchará para darse cuenta de que esto o aquello esta sucediendo) (González, Estrada y O’Hanlon, 2007).

Las metas u objetivos de la terapia son esenciales para el éxito de la misma, es decir, si no sabes a donde vas, cualquier camino te llevará ahí, para prevenir resultados

indeseables en la terapia se debe ser claro acerca de las metas (O'Hanlon y Beadle, 1999), buscando construir objetivos alcanzables.

Para lograr objetivos sean alcanzables (o realizables), mutuos (creados en conjunto con el paciente), legales, éticos, específicos, observables y cuantificables se suelen usar intervenciones de escala y de porcentaje, se darán ejemplos más adelante.

3) CAMBIAR LA MANERA DE VER, DE HACER

En terapia de posibilidades se busca ayudar a la gente a cambiar patrones de acción, de interacción, de pensamiento y cualquier aspecto relacionado al contexto del problema, que pudiera contribuir al cambio. O'Hanlon y Beadle (1999) presentan 13 formas de cambiar la forma de ver el problema y 7 para cambiar la forma en que se hace el problema, solo presentaremos algunos ejemplos.

Es muy útil utilizar preguntas orientadas al futuro. En este tipo de preguntas se pide a los pacientes que imaginen un futuro sin el problema y describan detalladamente como es (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Un ejemplo de preguntas orientadas al futuro es *la máquina del tiempo*, que suele ser muy popular entre niños y adolescentes (Alfonso, 2004). Ejemplo:

Digamos que tenemos una maquina del tiempo que puede llevarte a donde quieras. Ahora, digamos que te subes en ella y te lleva al futuro, a un tiempo cuando las cosas van como tu quieres que vayan, la primera cosa que sientes es que todas tus preocupaciones se han ido... ¿Dónde estas?, ¿Con quién?, ¿Qué esta pasando?, ¿Qué es diferente?

Como terapeuta de posibilidades debemos estar convencidos de que la persona no es el problema, el problema es el problema (González y Alfonso, 2005). Además, debemos hacérselo saber al paciente y una forma útil es presuponer en nuestras preguntas que el problema tiene identidad propia, así, en lugar de preguntar *¿Cuándo inició tu de-*

presión?, preguntamos: *¿Cuándo vino la Depresión a vivir contigo? Ésta intervención se conoce como externalizar el problema.*

También puede lograrse externalizar el problema de las siguientes formas: (1) preguntando por los recursos de la persona en momentos de éxito *¿Qué cualidades posees que te ayudan a oponerte a la Depresión de esta manera?*; (2) buscando excepciones u ocasiones cuando las cosas estaban mejor, o eran diferentes con respecto al problema: *Cuéntame acerca de todas esas veces que no te has creído las historias que la señora Depresión te cuenta*; (3) pidiendo al paciente que haga el papel de asesor: *¿Qué sugerencias le darías a alguien que quisiera cerrar la puerta a la influencia de la señora Depresión?*” En síntesis, externalizar el problema es simplemente hablar del problema como si tuviera identidad propia. Esto no quiere decir que el cliente no tenga que asumir responsabilidad de su comportamiento. Como cualquier otra intervención, la externalización no siempre es adecuada (Alfonso, 2002).

4) EVALUAR EL PROGRESO Y RESULTADOS

Las preguntas de escala y porcentaje son muy útiles para evaluar progresos y resultados (González, Estada y O’Hanlon, 2007). En las *preguntas de escala* se pide a los pacientes que valoren sobre una escala de 1 al 10 su situación (se aclara si 10 es lo mejor o lo peor), también puede preguntárseles en que lugar de la escala tendrían que situarse para sentirse satisfechos. En otras palabras, cual sería su meta (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990), o bien, que tanto de la meta se ha alcanzado.

Utilizando las preguntas de la escala para valoraciones iniciales diríamos: *En una escala del 1 al 10, siendo 10 lo ideal, ¿cómo están las cosas hoy?* Después pedimos una descripción de lo que sucede en ese lugar en la escala: *¿Qué es lo que esta pasando, específicamente, para indicar un tres sobre diez?* (González y Alfonso, 2005).

Las *preguntas de porcentaje* pueden ser usadas con los mismos propósitos, preguntando por el porcentaje que se cumple en lugar de posicionarse en un punto de la escala. Además, este tipo de intervención puede ayudar a saber que porcentaje de tiempo esta interfiriendo el problema en la vida del cliente. Por ejemplo: *¿Qué tanto por ciento del tiempo piensas que las cosas están yendo de la manera que tú quieres? Y ¿Qué tanto por ciento del tiempo no van las cosas de la manera que tu quieres?*

5) PLANEAR LOS PRÓXIMOS PASOS

Cuando el cambio ha iniciado, no debemos detenerlo, sino que es conveniente plantear como continuará. Algunas formas de hacerlo es *invitar o sugerir* formas de actuar, hacer un plan de acción con *tareas entre sesiones*, o utilizar la técnica de *prevención de recaídas* (González y Alfonso, 2005).

Con *invitar o sugerir*, nos referimos a la manera de presentar nuevas posibilidades de acción al paciente. Se utiliza en lugar de “recetar”, en lugar de decir: *Te voy a pedir que esta semana hagas....*, le invitamos: *¿Has pensado en hacer algo distinto?*; o le sugerimos: *¿Qué te parecería intentar un nuevo experimento esta semana?*, o bien *¿qué te parecería intentarlo un día o quizás una semana?* Esto esta fuertemente relacionado a las *tareas entre sesiones*, invitamos al paciente a que haga tareas entre sesiones, o le sugerimos que hacer, y es él quien decide como, cuando, o si lo va a hacer.

Cuando estamos cerca de finalizar la terapia, es común que los pacientes se preocupen por las recaídas y comenten cosas como: *otras veces he tenido días buenos, pero después la depresión toma mas fuerza*. El terapeuta de posibilidades suele adelantarse a éstos comentarios y *prevenir la recaída*. Para lograrlo, una vez que los cambios han iniciado podemos hablar de posibles recaídas, utilizando preguntas como *¿Qué tendría que pasar para que volvieras a esa vida en la*

cual Ansiedad se te aparece en cada rincón? En esta intervención lo más importante es recordar las cosas que le han funcionado al paciente para resolver situaciones similares a las que plantea en esta situación hipotética.

6) TERMINAR LA TERAPIA

La terapia debe finalizarse por mutuo acuerdo, dejando abierta la posibilidad de regresar con el terapeuta (González, Estrada y O'Hanlon, 2007). La terapia termina cuando las metas del paciente se hayan conseguido. Parte del proceso de terminación incluye llamadas telefónicas de seguimiento para charlar unos minutos sobre como siguen las cosas. Citar al paciente con menor frecuencia ayudará a terminar el tratamiento (González y Alfonso, 2005).

OTRAS CONSIDERACIONES

Los 6 componentes de la terapia de posibilidades presentados, son solo una guía para la terapia, O'Hanlon no trabaja con un esquema, que adapta la terapia al paciente y al caso con el que esta trabajando y que considera que no existe nada parecido a una sesión típica de terapia. Asimismo, O'Hanlon ha desarrollado numerosas técnicas que pueden emplearse en distintos momentos de la terapia, para la descripción de esas técnicas recomendamos consultar a O'Hanlon y Beadle (1999) y O'Hanlon (2003).

Para el éxito de la terapia de posibilidades, tomemos en cuenta los 7 pasos señalados por O'Hanlon (González, Estrada y O'Hanlon, 2007):

- 1) Crear una atmósfera de cambio y posibilidad
- 2) Validar el dolor sufrimiento, problemas, explicaciones, sentimientos y puntos de vista, al mismo tiempo que abrimos posibilidades para el cambio
- 3) Orientar la terapia al futuro y las metas
- 4) Cambiar los patrones del problema (cambiar la forma de ver, hacer y el contexto)

- 5) Obtener los patrones de solución (forma de ver, hacer, contexto del problema)
- 6) Evocar la motivación
- 7) Introducir y notar los pequeños cambios

TERAPIA INCLUSIVA

Para finalizar el capítulo, hablaremos brevemente de la terapia inclusiva, recientemente O'Hanlon publicó un libro con este título (O'Hanlon, 2003), en el cual desarrolla algunas estrategias terapéuticas no mencionadas en el presente capítulo. La terapia inclusiva y la terapia de posibilidades pueden considerarse como métodos complementarios en terapia; O'Hanlon manifiesta no tener preferencia por uno u otro nombres para sus estrategias terapéuticas (González, Estrada y O'Hanlon, 2007).

O'Hanlon (2003) explica que hay 3 métodos básicos y 26 aplicados para la terapia inclusiva, los básicos son:

- 1) Dar autorización para sentirse de cierta forma o experimentar algo y no para tener que sentir o experimentar algo, por ejemplo, se puede decir "puedo sentirme enojado y no tengo que sentirme enojado"
- 2) Sugerir la posibilidad de tener sin conflicto, sentimientos o pensamientos que parezcan contradicciones, por ejemplo: "puede perdonar y no perdonar al mismo tiempo"
- 3) Considerar o permitir posibilidades opuestas cuando hable acerca de la manera que fue o será, por ejemplo se puede decir "Mejorarás o no"

RECOMENDACIÓN FINAL

De acuerdo con la recomendación de O'Hanlon y Beadle (1999), la manera de aprender estas estrategias terapéuticas, es tomar algunos métodos específicos, probarlos y una vez que se vuelvan automáticos, iniciar la práctica con algunos otros.

En terapia de posibilidades todas las posibilidades están abiertas, el terapeuta puede emplear todos los métodos que conozca, para ayudar a llegar a las metas, siempre y cuando mantenga el respeto por el paciente y la ética en el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso, V. (2001). De Soluciones a Posibilidades: Manual de terapia. Material didáctico.
- Alfonso, V. (2002). De Soluciones a Posibilidades. Taller de entrenamiento para el Centro de Terapia Familiar NOOS, Palma de Mallorca, España.
- Alfonso, V. (2004). Improving results within Solution-based therapy: Novel approaches. Taller de entrenamiento para el grupo de agencias de terapeutas Warren Shepel, Vancouver, Canadá.
- González, M.T. y Alfonso, V. (2005). Terapia de posibilidades. De soluciones a posibilidades: enfoque terapéutico de Bill O'Hanlon. En L. Oblitas (compilador) *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?* Colombia: Psicom Editores. Libro electrónico.
- González, M.T., Estrada, B. & O'Hanlon, B. (2007). Solution-focused therapy, possibility therapy and an interview with Hill O'Hanlon. Artículo enviado a publicación
- O'Hanlon, W.H. y Weiner-Davis, M. (1990). En busca de soluciones. España: Paidós.
- O'Hanlon, S. y Bertolino, B. (2001). Desarrollando Posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve. España: Paidós.
- O'Hanlon, B. y Beadle, S. (1999). A guide of possibility land: fifty-one methods for doing. New York: Norton & Company, Inc.
- O'Hanlon, B. (2003). A guide to inclusive therapy: 26 methods of respectful, resistance-dissolving therapy. New York: Norton & Company, Inc.

DR. BENITO ESTRADA ARANDA

E-mail: bestrada@fap.uanl.mx, estradabito@hotmail.com

- Cuerpo Académico en Psicología Social (Consolidado) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Doctor en Psicología (Universidad Pontificia de Salamanca, España).
- Master en Terapia Sistémica (Universidad Pontificia de Salamanca, España).
- Licenciado en Psicología (Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México)

M.C. MÓNICA TERESA GONZÁLEZ RAMÍREZ

E-mail: monyggz77@yahoo.com

- Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI)
- Cuerpo Académico en Psicología Social (Consolidado) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Candidato a Doctor en el Doctorado Interuniversitario en Metodología de las Ciencias del Comportamiento (Universidad Nacional de Educación a Distancia, España).
- Maestría en Ciencias con opción en Psicología de la Salud (Universidad Autónoma de Nuevo León, México)
- Diplomado en Terapia Breve (Universidad Autónoma de Nuevo León, México)
- Licenciada en Psicología (Universidad Autónoma de Nuevo León, México)

Ambos autores han publicado numerosos artículos científicos en revistas internacionales indexadas y con arbitraje estricto, además de participar en libros. Actualmente ambos dirigen tesis de licenciatura o maestría y

participan con investigadores internacionales en proyectos diversos.

CUERPO ACADÉMICO EN PSICOLOGÍA SOCIAL

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León

Mutualismo 110, Col. Mitrás Centro, C.P. 64460

Monterrey, Nuevo León, México

Tel. (81) 8333-7859, fax: (81) 8348-3781,

Página web del Cuerpo Académico:

<http://www.psicologia.uanl.mx/caps.htm>