

Enfoques de soluciones. En búsqueda de los recursos y habilidades de los clientes

ANA MARIA HAZ*
SEBASTIAN CASTRO**

Resumen

Se desarrolla una aproximación psicoterapéutica denominada "enfoque orientado a soluciones", el cual se caracteriza por su focalización en las fortalezas, recursos y habilidades de los clientes más que en sus problemas, patologías y debilidades. Se presenta su relación con el enfoque de Palo Alto, sus premisas básicas, y sus técnicas de intervención específicas.

Abstract

The article develops a specific psychotherapeutic approach called "solution-oriented psychotherapy". It is characterized by its focus on clients' strengths, resources and abilities and not on clients' problems, pathologies and weaknesses. It is also presented its relationship with the Palo Alto psychotherapeutic approach, its basic premises and its specific intervention techniques.

INTRODUCCION

La terapia breve orientada a las soluciones es un enfoque de psicoterapia que se ha desarrollado fuertemente en los últimos años. Sus representantes principales son los psicoterapeutas norteamericanos Steve de Shazer y William O'Hanlon. Este enfoque constituye un acercamiento que trata de sacar a la luz los recursos y las soluciones propias con que cuentan las personas al buscar la terapia. De este modo, el terapeuta, más que enfocarse en patologías o deficiencias o buscar funciones y causas subyacentes para los síntomas, como tradicionalmente se hace, se centra en las habilidades propias de cada consultante, de modo que a partir de éstas pueda construirse un futuro con mayores oportunidades y posibilidades. Así, una sesión típica de este enfoque pudiera en ningún momento centrarse en el problema que trae a la persona a terapia, dado que principalmente está orientado a los aspectos de la vida del paciente que no presen-

tan problemas, para amplificar esta parte de su vida, o bien, desde ella solucionar los problemas existentes.

Este enfoque tiene su principal influencia en el trabajo del psiquiatra norteamericano Milton H. Erickson, así como también en el trabajo pionero del grupo de Palo Alto con su enfoque interaccional estratégico.

El objetivo de este artículo es dar a conocer las principales y particulares características del enfoque de soluciones, sus orígenes, sus premisas básicas, y las intervenciones que de ellas se desprenden.

ANTECEDENTES

Si realizamos una somera revisión de la evolución de la psicoterapia durante el presente siglo, podremos constatar una tendencia que se caracteriza por tempranos planteamientos teóricos que privilegiaban la exactitud del diagnóstico y la explicación del fenómeno, como determinantes en el método de intervención a utilizar.

Todo lo anterior se centraba en planteamientos basados en modelos explicativos, lo cual creaba una actitud de defensa o cautela en contra de la innovación en el campo de la psicoterapia. Así por ejemplo, en la medida que el psicoanálisis fue

* Psicóloga. Profesora Escuela de Psicología Universidad Católica de Chile. Dirección: Vicuña Mackenna 4860. Santiago-Chile.

** Egresado de Psicología. Miembro Director Instituto Milton Erickson de Chile. Dirección: Martín de Zamora 4602. Santiago-Chile.

adquiriendo prestigio en consultorios y universidades, hubo un traspaso del acercamiento original exploratorio de Freud hacia un método de tratamiento ritualizado y la repetición de ideas estereotipadas. Igual proceso siguió el conductismo entre otros enfoques.

A raíz de lo anterior, los complejos dilemas humanos fueron forzados hacia esquemas teóricos relativamente estrechos, y la terapia comenzó a ser juzgada más bien por el adecuado seguimiento de técnicas que por los resultados obtenidos.

Fue en este contexto que el psiquiatra norteamericano Milton H. Erickson desarrolló una amplia variedad de técnicas terapéuticas, persiguiendo tenazmente la idea que el tipo de tratamiento debería variar con la naturaleza de los problemas del paciente. Su metodología de trabajo se caracterizó —más que por el acento en lo ritual del método y la adhesión a una escuela en particular— por una evaluación de los procedimientos terapéuticos a través de sus resultados (Erickson, 1977). De modo parecido se planteó el grupo de Palo Alto cuando comenzó su trabajo en terapia breve. No estaban muy interesados en la explicación del problema, ya que pensaban que no era determinante en la mantención del problema. Bajo estas influencias, el enfoque psicoterapéutico que nos interesa plantea que en la terapia no existe un diagnóstico correcto o equivocado ni teorías correctas o equivocadas, sino más bien datos sobre aquello que funciona o es útil en casos particulares.

En primer término analizaremos la influencia de Erickson a este enfoque, quien aportó en gran medida en este traslado desde la explicación y focalización de los problemas (patologías) hacia la construcción de un futuro con soluciones.

MILTON H. ERICKSON

La vida y el trabajo del psiquiatra e hipnoterapeuta M. Erickson, nacido en 1901 y fallecido en 1980, ejerció no solamente una considerable influencia en el reciente desarrollo del enfoque a soluciones, sino previamente en el enfoque de psicoterapia interaccional estratégico.

Durante el año 1923 realizó su primer proyecto de investigación en hipnosis, trabajo que no quiso publicar inmediatamente, debido a las dudas que sentía ante la firme convicción de Clark Hull, connotado conductista de la época, quien sostenía que el operador y sus sugerencias eran más importantes que los sujetos en la inducción de trance. Este conflicto entre Erickson y Hull era inevitable, ya que Hull representaba el estudio experimental objetivo y Erickson se apoyaba en la introspección

para el estudio de la dinámica de la hipnosis y de la sugestión (Erickson, Rossi & Rossi, 1976).

Erickson planteaba que los estados alterados de conciencia y los fenómenos de trance eran una parte normal de la vida cotidiana. De este modo transformó la antigua visión autoritaria de la hipnosis en un acercamiento permisivo y facilitador. En lugar de la repetición de sugerencias que se imprimían en la "mente en blanco" del sujeto en trance, Erickson reconoció en el estado de trance un estado en el cual las propias características y capacidades del individuo podían ser utilizadas para facilitar la inducción y el proceso terapéutico.

Entre los años 1939 y 1948 realizó sus principales estudios experimentales sobre la naturaleza del fenómeno hipnótico. Ya en la década de los años 50, Erickson era reconocido ampliamente como el hipnotista más sobresaliente en Estados Unidos. Hasta esa fecha había publicado numerosos artículos de hipnosis experimental en revistas especializadas. Sin embargo, su sistema psicoterapéutico era desconocido.

Las investigaciones para clarificar los procedimientos de Erickson comenzaron en 1955 con un hecho histórico memorable, cuando Jay Haley y John Weakland asistieron, a petición de Bateson, a una demostración de inducción hipnótica hecha por Erickson como parte del proyecto de investigación en comunicación del grupo de Palo Alto. Ahí constataron que él utilizaba terapéuticamente una forma comunicacional (doble vínculo), que ellos en Palo Alto estaban estudiando en su vertiente patológica y que, luego en 1956, expondrían en su famoso artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia" (Bateson, 1976). Sumamente motivado por este hecho, Haley comenzó a viajar regularmente a Phoenix para aprender su sistema terapéutico. En 1977 Haley publicó una selección de artículos de Erickson y, posteriormente, en 1973 publicó una recopilación acerca de su trabajo terapéutico (Haley, 1967, 1980).

En la década de los años 70 y 80 se publicaron numerosos textos escritos por discípulos de Erickson, quienes trataron de conceptualizar la forma en que éste hacía psicoterapia. Varios psicoterapeutas de reconocida trayectoria asumieron la gran influencia que habían recibido del trabajo de Erickson; así Haley (1980) lo considera padre del enfoque estratégico. Steve de Shazer señala que la historia de la terapia breve se inicia con el artículo de Erickson de 1954: "Special Techniques of Brief Hypnotherapy". Finalmente, O'Hanlon (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989) considera que una de las principales contribuciones de Erickson a la terapia es su enfoque de utilización, el cual representa un

concepto fundamental del enfoque orientado a las soluciones.

Las ideas de Erickson influenciaron ampliamente el enfoque estratégico interaccional y el enfoque de soluciones. Ya hemos señalado los encuentros que hubo entre Erickson y el grupo de Palo Alto. Este grupo creó el Instituto de Investigación Mental (MRI) en 1959 y posteriormente en 1966, como parte de él, se formó el Centro de Terapia Breve. El proyecto comenzó investigando técnicas innovadoras de cambio y focalizándose en la queja que presentaba el paciente (Bodin, 1980).

El enfoque de soluciones se ha desarrollado principalmente en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, bajo la dirección de Steve de Shazer. Este centro fue fundado en 1978, y aunque en sus inicios se aproximó al modelo de resolución de problemas del MRI, fue emergiendo lentamente un modelo que hacía énfasis en las soluciones y no en los problemas y en el cómo éstas se desarrollan.

Otro representante de este enfoque es William O'Hanlon, quien fue formado directamente por Erickson y fue el editor fundador de "The Milton Erickson Newsletter".

Los enfoques interaccional y de solución comparten una serie de premisas, siendo una gran parte de éstas derivadas de las ideas de Erickson. En primer lugar nos referiremos a aquellas premisas que consideramos forman parte de ambos enfoques, para posteriormente referirnos a aquellas que consideramos más específicas del enfoque de soluciones.

PREMISAS BASICAS

Visión constructivista

La perspectiva constructivista es básica en el enfoque interaccional MRI y en el enfoque de solución. La visión constructivista cuestiona la noción de un mundo compuesto por propiedades estables que existan independientemente de la observación. De esta manera, el mundo se vuelve un mundo de sistemas observantes en el cual el modo de observación modifica lo observado (Maturana, 1985). La realidad es construida por un observador a través de sus propias distinciones, lo que implica que el observador no hace descripciones de un mundo externo y objetivo, sino que hace descripciones de su propia experiencia.

En psicoterapia esto implica que no existen problemas en forma independiente del observador y que, por tanto, no existe un criterio externo con-

tra el cual contrastarlo, lo que deriva en que no se puede hacer referencia a criterios de normalidad objetiva (Denton, 1990). La definición del problema en psicoterapia se hace, bajo esta perspectiva, una función del proceso de evaluación. El modelo con el cual uno observa como psicoterapeuta altera los datos a ser observados.

En psicoterapia existe un cliente que se presenta definiendo un sufrimiento asociado a alguna situación que él está viviendo. Muy raras veces esta definición es clara y precisa y, más frecuentemente, el cliente no sabe bien lo que le ocurre. La terapia implica entonces una redefinición del problema, que implica elementos del modelo de conceptualización del terapeuta, los cuales arman la presentación del problema de un modo que haga sentido al cliente. Esto es la co-construcción del problema.

En la medida que el problema es factible de ser construido es que se hace lógica la posibilidad de construir un problema al alcance de las capacidades de ayuda y de influencia que tiene el terapeuta, es decir, construye un problema solucionable. Esta resulta la principal explicación de la rapidez con que ocurre el cambio en ambos enfoques.

Terapia Breve

Como recién lo señalamos, ambos enfoques son de breve duración. El proyecto Terapia Breve del MRI considera una duración máxima de 10 sesiones y el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee tiene un máximo de 5 sesiones, habiendo tenido ambos buenos resultados.

Desde el inicio de la terapia, el terapeuta, junto al consultante co-construyen un problema, el cual se busca que sea el más mínimo cambio posible y que tenga indicadores concretos y observables. De este modo la terapia puede hacerse mucho más breve. Erickson consideraba que los pequeños cambios conducen inevitablemente a otros mayores, del mismo modo que una bola de nieve que cae rodando por una ladera. Así, si uno desea un cambio grande debe pedir uno pequeño (Zeig, 1990).

Focalización en los síntomas

En especial, el enfoque estratégico MRI está básicamente orientado hacia los síntomas. Se supone que el problema en sí mismo ofrece lo que el paciente está dispuesto a trabajar, ya que es una manifestación concentrada de lo que está mal para él. Lo anterior también se hace posible dado el supuesto que los síntomas no poseen causas subyacentes profundas. Así, una terapia breve puede

focalizarse en la solución de los síntomas y no de las causas profundas que se le suponen. Esto último corresponde más bien a un modelo médico de enfermedad (O'Hanlon, 1988). El enfoque de soluciones está menos interesado en los síntomas y en cómo éstos se desarrollan. Es un enfoque focalizado en los aspectos positivos de la persona, sus recursos y sus habilidades. En la medida que el enfoque MRI se focaliza en el síntoma y cuándo y cómo éste sucede, el enfoque de soluciones se centra en el no-síntoma, es decir, aquellas ocasiones en que el síntoma que aqueja a la persona no sucedió y focaliza su interés en saber cómo ocurrió esta condición.

Enfasis en el presente

Tradicionalmente, las terapias, al estar preocupadas en la explicación del problema, requerían centrarse en el pasado. A su vez, el hecho de centrarse en el problema específico concede importancia a la situación presente. Según Erickson (Haley, 1982) "un paciente busca ayuda en psicoterapia a causa de una insatisfacción con el presente y con un deseo de mejorar su futuro y no para aclarar un pasado inmodificable". Incluso es interesante señalar que el pasado —desde el punto de vista de la imposibilidad de una realidad objetiva— tampoco puede considerarse como una realidad trascendente del individuo y, por tanto, también es un fenómeno del presente. El pasado es una reconstrucción que se hace en el presente, que se produce en parte con ayuda de la memoria y en parte con ayuda de la fantasía, ya que la memoria no puede recordar cada detalle de lo ocurrido en el pasado (Berger & Luckmann, 1968). En este sentido, el pasado —en la situación de psicoterapia— sólo importa como una explicación que se da el paciente de su situación actual, lo que sirve para conocer su visión de mundo. El enfoque de soluciones también está centrado en el presente, pero como decíamos anteriormente, se focaliza en el presente sin problemas y busca amplificar esta situación hacia el futuro.

Terapeuta activo

En los enfoques estratégico e interaccional el terapeuta asume la responsabilidad por planificar e influir en los cambios (Haley, 1980). Es activo en mantener su maniobrabilidad, es decir, en mantener el máximo de opciones posibles a su alcance. Planifica cada sesión y en la medida que sus hipótesis no se cumplen, cambia sus estrategias. La dirección del tratamiento es responsabilidad del terapeuta.

Enfasis en el cambio

"En terapia, lo primero que quiero hacer con un cliente es hacerlo que haga algo" (Haley, 1985). En este sentido, ambos enfoques se alejan de las explicaciones y no tienen como objetivo que el paciente tome conciencia (*insight*) como condición previa para el cambio. Según Erickson (Zeig, 1990), las terapias que fomentan el *insight* no producen necesariamente cambio y, más aún, consideraba que las interpretaciones sobre dinámicas internas podían interferir el cambio. Para él, producir *insight* sobre las ideas inconscientes que están reprimidas no era relevante para el cambio. Por ejemplo, en vez de ayudarlo a las personas a entender el significado de sus sueños y fantasías, él las hacía cambiar de modo que soñaran y fantasearan en forma distinta.

Enfasis en el modelo de mundo del paciente

El paciente tiene un modo de entender su mundo, el cual se expresa a través de su lenguaje. En ambos enfoques el terapeuta intenta activamente influir en esta perspectiva de modo de lograr una en la cual se modifique la percepción del problema. Para que el paciente acepte esta redefinición de su situación, ésta debe encajar en la perspectiva que el paciente tiene respecto del mundo y de sí mismo (Hirsch & Rosarios, 1987). Es decir, la redefinición debe tener cercanía con la cosmovisión del paciente, con el modo en que expresa sus valores.

PREMISAS ESPECIFICAS DEL ENFOQUE ORIENTADO A LAS SOLUCIONES

Dentro de los supuestos esenciales de este enfoque, que dan un encuadre de acceso a las intervenciones, tenemos los siguientes:

Utilización

El enfoque de soluciones también ha sido llamado enfoque de utilización, aspecto que hereda específicamente de las ideas de Erickson. Cuando él hablaba de utilización se refería a utilizar *todo* lo que el paciente traía consigo, es decir, síntomas, conductas, pensamientos y sentimientos, como parte del proceso de logro del resultado terapéutico deseado. Más específicamente, utilización en la inducción de trance se refiere a "utilizar los propios procesos mentales del sujeto en una forma en que estén fuera del rango usual, intencional o control voluntario del sujeto" (Erickson, Rossi &

Rossi, 1976, p. 19). Desde la perspectiva de De Shazer (1988), utilización significa e involucra utilizar cualquier cosa que el paciente esté haciendo, que sea correcto, útil o efectivo para los propósitos de desarrollar una solución. El terapeuta utiliza todo lo que el paciente trae a la consulta, lo cual es activamente usado como parte de la solución, incluso las denominadas resistencias, síntomas y creencias rígidas.

Desde esta perspectiva no existiría algo llamado "resistencia" (especialmente si uno no la espera) (De Shazer, 1984). Suponemos que el cliente desea cambiar, y si él no sigue las sugerencias del terapeuta, entonces lo que nos muestra es simplemente su peculiar forma de orientarnos acerca de qué sugerir.

De esta forma se conceptualiza que cada cliente tiene una única y particular forma de cooperar y es tarea del terapeuta identificar y utilizar dicha forma. De este modo, la situación de psicoterapia se transforma en una situación de colaboración (De Shazer, 1986).

Enfasis en los recursos

Intimamente ligado con el supuesto anterior, existe en este enfoque el concepto de recurso. Erickson concebía a los clientes poseyendo ellos, o sus redes sociales, aquellos recursos y habilidades que podrían permitir el cambio que necesitaban. El trabajo del terapeuta, por tanto, es identificar aquellos recursos y ayudar a los clientes a utilizarlos en áreas apropiadas de sus vidas. Por ejemplo, en un caso que se recibió en el consultorio EPUC, el padre de un niño de 12 años se quejaba que éste no tenía concentración y estaba rindiendo mal en el colegio. Durante la primera parte de la entrevista criticó ampliamente las habilidades del niño, notándose éste muy triste frente a lo que el padre decía. La terapeuta comenzó entonces a indagar sobre los recursos del niño, resultando que éste era muy hábil para el fútbol, jugando en un puesto de mediocampista, que implicaba estar pendiente de los otros para así armar el juego. Se le dijo que era un puesto que requería mucha concentración, aspecto en el que estuvieron de acuerdo el niño y su padre. La cara del niño cambió cuando se evaluó a sí mismo como capaz de concentración. De este modo, la situación se pudo redefinir; se había encontrado el recurso necesario y el objetivo de la terapia consistiría entonces en trasladar esta habilidad al ámbito requerido. Así, la tarea de la terapia orientada a las soluciones es evocar los recursos, soluciones y habilidades del consultante hacia la situación que es percibida y activamente vivida como problemática.

La consideración de las habilidades de los clientes puede evocar importantes cambios en las acciones que ellos toman y los puntos de vista respecto de las situaciones que les producen sufrimiento, dado que, al centrarse en sus aspectos fuertes, la imagen de sí mismo se altera. En vez de visualizarse como una persona que sufre y que está sobrepasada por sus problemas, comienza a percibirse como una persona con recursos internos y con habilidad para solucionar los problemas.

Este enfoque enfatiza lo positivo en los seres humanos, acentuando incluso el intento de adaptación que representan los síntomas, y así librando de etiquetas diagnósticas que fácilmente pueden transformarse en peyorativas.

A la base de esta perspectiva existe la noción que el comportamiento normal y el crecimiento constituyen el proceso mismo de vivir, lo que implica entonces que la patología o síntoma resulta una interferencia a este proceso. Dentro del individuo existen los recursos, memorias, habilidades y aprendizajes positivos que participan en la superación de dichas interferencias y el objetivo terapéutico consiste simplemente en dejar que eso suceda.

Comunicación indirecta

De Shazer (1991) considera el carácter indirecto como sello distintivo de la terapia breve, aspecto que también se deriva específicamente de las técnicas innovadoras de Erickson. Este fue considerado un maestro en el uso de la sugestión indirecta en hipnosis, aun cuando no necesariamente la utilizaba bajo trance. Watzlawick (1985) plantea que la hipnoterapia puede ocurrir sin trance, con lo cual quiere decir que todas aquellas formas de lenguaje que han sido usadas predominantemente en hipnosis pueden ser aplicadas a un contexto más amplio de psicoterapia en que no se use trance. Este tipo de intervenciones se refiere a aprender y usar el lenguaje del cliente, evitar el uso de negaciones o formulaciones negativas, y a hacer uso de chistes, humor, insinuaciones, implicaciones, historias, analogías y metáforas.

Los procesos de comunicación indirecta permiten evitar la crítica y evaluación de aquellos sistemas de creencias rígidos conscientes en el proceso de cambio, lo que posibilita al terapeuta extraer en forma sutil y delicada nuevos contextos en los cuales los clientes pueden ver sus problemas de manera diferente. Por ejemplo, el uso de metáforas y anécdotas posibilita al terapeuta el relatar indirectamente al cliente el cómo hacer las cosas de una manera distinta en el futuro.

Orientación a futuro

Como ya fue mencionado dentro de las premisas básicas, el pasado –para el enfoque orientado a las soluciones– no es de gran importancia dentro del proceso terapéutico de cambio. El pasado no puede modificarse y la comprensión de éste puede ser instructiva, pero no puede cambiarlo. Los clientes viven de acuerdo con las cosas actuales, de manera que hay que orientar la terapia hacia el paciente tal como vive hoy, mañana y como es de esperar que viva en el futuro.

Por tanto, es necesario orientar a los clientes hacia el futuro y no hacia el pasado. El propósito en terapia breve es producir un cambio rápido, y no la autocomprensión. Dado que el cambio es por definición un evento futuro, el foco terapéutico se centra en el futuro y no en el pasado. El pasado sólo interesa en la medida que brinda información respecto al modelo de mundo del paciente, acerca de sus recursos y habilidades y, sobre todo, acerca de aquellas situaciones vividas como una excepción al problema. El enfoque orientado a soluciones busca brindar a los pacientes nuevas orientaciones hacia su futuro, empujarlos a usar sus habilidades y potencialidades para lograr el objetivo correcto en el momento correcto.

La solución al problema, por definición, se da en el futuro y el problema mismo con su historia de intentos, de soluciones erróneas y fallidas se circunscribe en el pasado.

INTERVENCIONES

A continuación queremos presentar aquellas intervenciones que constituyen, a nuestro parecer, las intervenciones características del enfoque orientado a soluciones y que se derivan de las premisas ya presentadas.

La llave de entrada

Hemos analizado dentro de los supuestos básicos que este enfoque se caracteriza por una visión constructivista de la realidad. Esto significa que hay muchos modos de construir una queja y, consecuentemente, muchas maneras de llegar a solucionarla. Las quejas de los clientes son, por lo general, construcciones más bien complejas que involucran muchos elementos, respecto de los cuales terapeuta y cliente pueden subrayar alguno en especial. Usando una analogía de De Shazer (1986), cada problema es como una puerta que aparece cerrada y que puede potencialmente abrirse a una o más soluciones. Terapeuta y cliente

deben estimar conjuntamente cuál es la puerta que con más probabilidad resultará más fácil de abrir. Para ello es necesario que el terapeuta observe la descripción del cliente y su lenguaje. Asimismo, dado que existe más de una solución, puede construirse una solución que sea más fácilmente accesible para el cliente.

Excepciones

Esta técnica resulta central en el proceso de cambio. Se puede definir excepción como cualquier elemento que queda excluido del dominio o límite de la queja (O'Hanlon, 1988). Nada ocurre siempre y nada es siempre lo mismo; esto quiere decir, por ejemplo, que las personas profundamente deprimidas tienen momentos en que no se sienten deprimidas o que el alcohólico tiene momentos en que no tiene la compulsión a ingerir alcohol. Sin embargo, los clientes ven sus quejas y sus problemas con un carácter de continuidad y constancia en su vida, y consideran que las excepciones son hechos totalmente fortuitos y ajenos al motivo de la queja, y no las ven como soluciones parciales.

El terapeuta debe estar atento a cada una y todas aquellas excepciones que puedan ser útiles en la construcción de una solución. En la práctica esto significa que no es necesario el conocimiento acabado de detalles en relación a lo que está manteniendo la queja (lo que difiere significativamente del enfoque interaccional del MRI). La idea central respecto de las excepciones es la siguiente: Si las personas desean experimentar más éxito, más bienestar y menos estrés en sus vidas, el terapeuta debe ayudar al cliente a evaluar aquellas diferencias respecto de aquellos momentos en que se siente con más éxito, más bienestar y menos estrés en sus vidas (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Es dentro de ellos y sus redes sociales en donde yacen las soluciones, y éstas se logran incrementando aquellos recursos, habilidades y conductas que, en algún momento (ya sea de modo parcial o totalmente), en cortos o largos períodos han logrado el objetivo deseado. Los clientes en ocasiones se sorprenden y se encuentran poco preparados para responder preguntas que presuponen soluciones, y esto se debe a que ellos no esperan que la sesión terapéutica sea un lugar en donde se habla acerca de lo que está funcionando sin problemas.

No obstante, es importante recordar que las excepciones no existen "allá afuera, en el mundo real", sino más bien ellas son co-construidas a través de la interacción terapeuta-cliente durante la entrevista. Terapeuta-cliente hablan acerca de estas excepciones, las cuales parecen ser para el

cliente hechos fortuitos, es decir, diferencias que no hacen una diferencia (Bateson, 1974). Es tarea del terapeuta ayudar a los clientes a construir estas "casualidades" en diferencias que marcan una diferencia.

Las excepciones parecen constituir frecuentemente el mejor modelo para construir intervenciones, puesto que la conducta involucrada ya forma parte del repertorio del cliente, por lo que la intervención se ajustará más adecuadamente.

Mantenimiento y amplificación del cambio

Esta técnica está íntimamente relacionada a la focalización en las excepciones ya que, se ha visto que los pacientes, por lo general, ya han comenzado un proceso de cambio entre el momento en que tomaron la decisión de consultar un psicoterapeuta y el momento de la primera entrevista. Un estudio efectuado por Weiner-Davis (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989) reveló que las dos terceras partes de las personas encuestadas ya habían comenzado a cambiar en la dirección concerniente al problema que los aquejaba. Dado estos datos, es importante chequear en la primera entrevista si los pacientes consideran que han experimentado algún tipo de cambio en los días previos a la entrevista. En caso que así haya sucedido, el psicoterapeuta debe conocer detalladamente cómo ha ocurrido esta diferencia para así lograr mantenerla y amplificarla. En este caso el objetivo es no detener el proceso de cambio iniciado espontáneamente por el o los consultantes. Además, cualquier cambio es una diferencia que puede ser lo bastante diferente como para formar parte de la solución (De Shazer, 1991). Dado que no existe una sola solución, el cambio que presenta el paciente sirve para construir un conjunto de expectativas respecto de un futuro más satisfactorio, en que el cambio ocurrido aparece como un comienzo con probabilidades de iniciar un efecto de irradiación.

Tareas fórmula

Un aspecto de interés dentro del enfoque de soluciones es el uso de las tareas fórmula, desarrollado por De Shazer (1986). Estas son intervenciones diseñadas para la solución de una gran variedad de problemas o quejas. Esto quiere decir, que la misma intervención o tarea es utilizada para iniciar cambios en problemas tan distintos como una fobia escolar, enuresis, conflictos conyugales, etc. Lo notable de estas tareas radica en la noción de que no es necesario conocer los detalles ni tener un conocimiento acabado del problema para solucionarlos.

El supuesto a la base de estas tareas consiste en que los patrones específicos del problema no necesariamente guardan relación con el proceso de solución (lo que permite no conocer detalladamente el problema). Estas tareas pueden tener marcados efectos positivos, sin importar la naturaleza de la queja presentada, y están diseñadas y orientadas a fomentar expectativas de cambio en el futuro. También sirven para orientar la tensión del cliente en dirección de las soluciones. En este sentido, es de interés analizar, entre otras, la tarea que plantea De Shazer a todos sus clientes al final de la primera sesión:

"Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, a mí me gustaría que usted observe, de modo que pueda describirme la próxima vez, lo que ocurre en su (elija: familia, vida, matrimonio, relación) y que usted quiere que continúe ocurriendo" (De Shazer, 1986).

Esta tarea tiene por finalidad cambiar el foco del cliente, orientándolo desde sucesos pasados hacia hechos presentes y futuros, e implícitamente se propone también promover expectativas de cambio. Por otro lado también reorienta la percepción del cliente desde lo problemático o negativo hacia lo que está funcionando o positivo.

Esta tarea lleva el mensaje que va a ocurrir algo, algo que vale la pena que continúe ocurriendo y, de hecho, las cosas que valen la pena ya están sucediendo y hay que observarlas.

Hipnosis orientada a las soluciones

El enfoque de soluciones utiliza la hipnosis, pero no como una situación de control y de autoridad de una persona sobre otra (O'Hanlon & Martin, 1992). Su utilización está basada completamente en el trabajo de Erickson, el cual concebía la hipnosis con métodos naturalistas e indirectos que pueden ser útiles con o sin la mediación de trance formal.

Se utilizan técnicas naturalísticas de inducción de trance, es decir, un estilo de inducción que no involucra necesariamente un ritual de inducción repetitivo y autoritario. Como lo señala Haley (Erickson, Haley & Weakland, 1959), el término hipnosis está destinado a describir cierto tipo de relación entre personas cuya característica central se refiere a la atención focalizada que forma parte de la interacción entre hipnotizador y sujeto. No se trata de algo que el hipnotizador le hace a un receptor pasivo. La capacidad de desarrollar un trance radica en y pertenece al sujeto; el hipnotizador, a través de la interacción, sólo puede per-

turbar al cliente para que desarrolle su propio trance. En este sentido, conceptos como profundidad de trance o inducción no tienen relevancia; lo fundamental de esta situación es la construcción de un contexto hipnótico que privilegia las sugerencias del terapeuta, activando asociaciones internas del cliente.

El objetivo de la hipnosis, por tanto, es evocar habilidades que los clientes poseen, pero no están siendo usadas en el contexto del problema, estimulando y usando procesos mediados inconscientemente.

CONCLUSIONES

Hemos querido presentar un enfoque de terapia surgido en la década de los 70, el cual está basado principalmente en el trabajo terapéutico de Milton Erickson. Es un enfoque humanista, que cree que los seres humanos tienen en sí las habilidades para encontrar soluciones satisfactorias a los problemas que los aquejan, por lo que el proceso de cambio está basado en los propios recursos ya existentes de la persona. Se focaliza en las competencias de las personas en vez de sus déficit, en sus fortalezas más que en sus debilidades, y en sus posibilidades más que en sus limitaciones (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Es un enfoque que acentúa los cambios pequeños, concretos y observables y, por sus características es, generalmente, de duración muy breve.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: C. Lohlé.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bodin, A.M. (1980). The interactional view: Family therapy approaches of the Mental Research Institute. En A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *The Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner Mazel.
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23, 79-93.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- De Shazer, S. (1988). Utilization: The foundation of solutions. En J. Zeig & S. Lankton (Eds.), *Developing ericksonian therapy: State of the Art*. New York: Brunner Mazel.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Denton, W. (1990). A family systems analysis of DSM-III-R. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 113-125.
- Erickson, M.H. (1954). Special techniques of brief hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*.
- Erickson, M.H. (1977). Hypnotic approaches to therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 20-35.
- Erickson, M.H., Haley, J. & Weakland, J.H. (1959). A transcript of a trance in induction with commentary. En E. Rossi (Ed.) (1980), *The collected papers of M. Erickson on hypnosis. Vol 1*. New York: Irvington.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. & Rossi, S.J. (1976). *Hypnotic realities*. New York: Irvington.
- Goolishian, H.A. & Winderman, L. (1989). Constructivismo, autopoiesis y sistemas determinados por problemas. *Sistemas Familiares*, 5, 19-29.
- Haley, J. (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of M. Erickson*. New York: Grune & Straton.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1982). The contribution to therapy of Milton Erickson. En J. Zeig (Ed.), *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*. New York: Brunner Mazel.
- Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.* New York: Triangle.
- Hirsch, H. & Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales: La organización del cambio*. Entre Ríos: Nadir.
- Maturana, H. (1985). Fenomenología del conocer. En Cruz, Medina, Maturana, Ibañez, Veloso & Guzmán (Eds.), *Del Universo al Multiverso*. Santiago: Ed. E. Contreras.
- O'Hanlon, W.H. (1988). Solution oriented therapy: A megatrend in psychotherapy. En J. Zeig & S. Lankton (Eds.), *Developing ericksonian therapy: State of the Art*. New York: Brunner Mazel.
- O'Hanlon, W.H. & Martin, M. (1992). *Solution oriented hypnosis: An ericksonian approach*. New York: Norton.
- O'Hanlon, W.H. & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions*. New York: Norton.
- Rossi, E. (1985). Milton H. Erickson: A biographical sketch. En E. Rossi, M. Ryan & S. Sharp (Eds.), *Healing in hypnosis: The seminars, workshops and lectures of M. Erickson. Vol 1*. New York: Irvington.
- Watzlawick, P. (1985). Hypnotherapy without trance. En J. Zeig (Ed.), *Ericksonian psychotherapy, Vol I: Structures*. New York: Brunner Mazel.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1982). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Zeig, J.K. (1990). Semillas de psicoterapias estratégica e interaccional: Contribuciones germinales de Milton H. Erickson (traducción de M.E. Viveros). *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 105-112.
- Zeig, J.K. & Gilligan, S.G. (Eds.) (1990). *Brief Therapy: Myths, Methods, and Metaphors*. New York: Brunner-Mazel.