

Universidad de Palermo - Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

La pregunta constructiva como intervención terapéutica

Alumna: Zubillaga Pandelés, Elais

Tutor: Dr. Bulacio, Juan Manuel

Buenos Aires, Agosto 2017

Índice

	Página
1. Introducción.....	4

2.	Objetivo general.....	5
2.1.	Objetivos específicos.....	5
3.	Marco teórico.....	6
3.1.	El modelo sistémico.....	6
3.2.	La terapia centrada en soluciones	7
3.3.	El uso de la pregunta en el marco de la terapia centrada en soluciones.....	12
3.3.1.	Las preguntas constructivas.....	15
3.3.2.	La implementación de las preguntas constructivas en la terapia centrada en soluciones.....	16
3.3.3.	El efecto de las preguntas constructivas en terapia.....	18
3.3.4.	El entrenamiento de terapeutas en la utilización de preguntas constructivas.....	20
4.	Metodología.....	23
4.1.	Tipo de estudio.....	23
4.2.	Participantes.....	23
4.3.	Instrumentos.....	25
4.4.	Procedimiento.....	25
5.	Desarrollo.....	27
5.1.	El entrenamiento de terapeutas en la utilización de preguntas	

constructivas.....	27
5.2. Cómo los terapeutas implementan las preguntas constructivas en el marco de una sesión desde el modelo centrado en soluciones	30
5.3 El efecto de las preguntas constructivas en el marco de la terapia desde la mirada del terapeuta.....	36
6. Conclusiones.....	41
7. Referencias bibliográficas.....	49
8. Anexos.....	55

1. Introducción

La práctica de habilitación profesional V se realizó en una institución privada de psicoterapia, la cual ofrece asistencia psicológica y psiquiátrica y también de formación profesional con orientación sistémica, que trabaja desde el modelo de *terapia centrada en*

el problema, el modelo de Palo Alto, o sea, la terapia breve del *Mental Research Institute* (MRI) y la *terapia centrada* (o focalizada) *en la solución*, hacia la cual se orienta el siguiente trabajo.

En dicha institución se concurrió a cámaras Gesell, se registraron sesiones de forma escrita para el posterior análisis de las mismas, se participó en encuentros de supervisión de equipo de diferentes áreas, se consultó la videoteca, se realizaron talleres de distintas temáticas y cursos tales como *Preguntas constructivas*, *Desregulación emocional* y *5 claves para tener éxito en el control del sobrepeso*. También se desarrollaron diversas tareas, como ser la desgrabación de videos, la creación de bases de datos e historias clínicas, etc.

La práctica se realizó en un promedio de 280 horas, los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes durante los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 2016.

El taller de preguntas constructivas fue el disparador del tema de este Trabajo Final Integrador el cual fue dictado por el licenciado Kornberg, parte del equipo fijo de la institución.

En el siguiente trabajo se hace referencia a las preguntas constructivas que son aquellas que sirven a modo de intervención, son las que transmiten un mensaje más allá de recabar información. Tienen como fin desarrollar en el paciente respuestas que apunten a sus opciones y recursos propios, tarea que propone la teoría que se desprende de la terapia centrada en la solución.

2. Objetivos

Objetivo general

-Describir el uso de las preguntas constructivas como intervenciones terapéuticas desde el modelo centrado en soluciones.

Objetivos específicos

-Describir cómo es el entrenamiento de terapeutas en la utilización de preguntas constructivas en un taller de formación.

-Indagar cómo los terapeutas implementan las preguntas constructivas en el marco de una sesión desde el modelo centrado en soluciones.

-Describir el efecto de las preguntas constructivas en el marco de la terapia desde la mirada del terapeuta.

3. Marco teórico

3.1. Modelo sistémico

Uno de los postulados de la teoría de los sistemas, expresa que *el todo es más que la suma de las partes* para describir la noción de sistema como un todo organizado. Dicho

sistema estaría conformado por distintos componentes, como funciones, circuitos de retroalimentación (*feedback*), estructura y relaciones de interdependencia. Aplicar esto a la familia, supone pensarla como un sistema donde cada integrante cumple una determinada función, donde sus conductas tienen repercusión en las demás partes del sistema y, al mismo tiempo, se ve afectado por las acciones de los demás miembros (Feixas, 2016).

El surgimiento del modelo sistémico ocurrió en Palo Alto en la década del '50 (*Palo Alto Medical Research Foundation*, California, Estados Unidos), de la mano de Bateson y otros profesionales que se le sumaron. El equipo de Palo Alto es el que aplicó los conceptos sistémicos a la idea de familia, por tanto al modelo sistémico es el que fundamenta la terapia familiar. A través del tiempo el uso del modelo sistémico se comenzó a aplicar en otros contextos, más allá del familiar, ya que la idea de sistema se puede aplicar a cualquier grupo humano (Feixas, 2016).

El pensar en la familia como un sistema significa hacer foco en las interrelaciones personales entre sus participantes, contrario a lo que propone la terapia tradicional de hacer foco en cada paciente individualmente. La teoría propone que los miembros de un sistema ven afectadas sus emociones y pensamientos directamente por la conducta de las partes del todo (Kornberg, 2013). Esta filosofía de otorgarle la importancia necesaria al contexto es lo que comparte la terapia centrada en la solución (a la que se referirá en este trabajo como TCS) con las demás terapias familiares. Es decir, tiene como método estudiar la situación sin olvidar la parte contextual en la que se desarrolla, esto implica pensar en las interrelaciones personales, conductas y repercusiones en el sistema abierto del cual se habla que, en este caso, es la familia (Beyebach, 1999).

La terapia sistémica comprende al concepto de cambio terapéutico como las transformaciones que sufren los sistemas cuando evolucionan. Este modelo intenta ir más allá de lo que se observa en la superficie y afectar las estructuras de dicho sistema. Piensa a los cambios que no significan una alteración en la estructura del sistema y de su dinámica como cambios de primer orden o *cambios 1*. Entonces, los cambios que modifican el sistema, su estructura y funcionamiento se los denomina *cambios 2* o de segundo orden. Por lo tanto, el Cambio 1, es aquel cambio que significa hacer lo que se venía haciendo para que pase más de lo mismo; el cambio 2 supone una modificación en las reglas, en la

estructura del sistema, en la dinámica, en las creencias y premisas, es inesperado, extraño y nuevo, algo que supone una diferencia con lo que venía ocurriendo (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992).

En otras palabras, se introduce un elemento extraño que desconcierta, lo que anteriormente era visto como la causa del problema que se buscaba solucionar. Buscar el cambio es pensar en abordar la problemática en el presente, enfocándose en los efectos y no en que fue lo que lo causó. Se piensa el cambio como algo espontáneo, significa arribar a soluciones sin la necesidad de un agente externo, ni de ninguna teoría, ni fuerza exterior (Feixas, 2016; Watzlawick et al., 1992).

3.2. La terapia centrada en la solución

La TCS (*Solution Focused Brief Therapy*, SFBT) fue desarrollada por de Shazer y su esposa Berg, con su equipo, a principios de los '80 en el *Brief Family Therapy Centre* (Milwaukee, Estados Unidos). Este grupo estuvo influenciado por la obra de Erickson y también por el *Mental Research Institute* (MRI, Instituto de Investigación Mental) de Palo Alto, Estados Unidos, quien desarrolló la terapia focalizada en el problema (Beyebach, 1999, 2012; de Shazer & Berg, 1997).

El equipo de Palo Alto (MRI) hacía foco en cómo los consultantes creaban los problemas, cómo los resolvían, y en como esos intentos de resolver el problema hacían que la situación muchas veces, se perpetúe (Hoyt, 2008). Más allá de estar inspirada en el modelo del MRI, la TCS forjó su propia manera de trabajar en terapia que se caracterizó por otorgar relevancia a las potencialidades y recursos con los que cuenta el consultante. Además, destaca la mirada hacia el futuro que se le imprime al tratamiento y siempre busca trabajar en conjunto con el consultante y el entorno (Estrada, Beyebach & Herrero de Vega, 2006). De Shazer y equipo trabajaban con familias, viendo que la lista de problemas que presentaban era larga y difícil de abarcar, concluyeron que una intervención orientada al problema no era el secreto y que era imposible de lograr, por eso pusieron su mirada en las situaciones que ya estaban ocurriendo y que las familias querían que permanecieran así (Hoyt, 2008). Esto llevó a poner la mirada en la solución, así es como él creó su propia teoría con una mirada bastante diferente. En contraste con el MRI, cuyo énfasis estaba

puesto en el problema y cuando este se presentaba, se enfocaron en las excepciones al problema. Es decir, lo que el consultante realizaba cuando el problema no se hacía presente o lo que sucedía cuando el problema no estaba presente (McGee, 1999; Villanueva Flores, 2015). El terapeuta busca soluciones que se hayan presentado anteriormente, porque, generalmente, las personas ya han resuelto algún problema similar con anterioridad, aunque tal vez la solución haya existido por un breve tiempo y, probablemente, no hayan sido conscientes de dicha solución (Trepper, McCollum, De Jong, Korman, Gingerich, & Franklin, 2010).

Se destacan ciertas características que definen el modelo propuesto. La primera, es que tiene un enfoque constructivista, el cual piensa la realidad social como algo que se desarrolla y se modela en la misma intercomunicación humana. Cuando uno se enfrenta a la realidad misma, a partir de eso uno construye su realidad, por lo tanto piensa al sufrimiento psíquico como consecuencia de una percepción desfigurada de la realidad, parte de la idea de que los trastornos psíquicos se caracterizan por la presencia de una realidad poco objetiva o alterada, por eso es importante la percepción que tenga un paciente sobre sí mismo (Espina Barrio & Cáceres Pereira, 1999).

La segunda, es que se trata de un modelo minimalista, ya que su teoría no es muy amplia, sino que postula una serie de ítems generales y ciertas intervenciones con las cuales trabajar, propone hacer un enfoque en el las soluciones al problema y sus opciones para resolverlo. En tercer lugar, este enfoque tiene una perspectiva no-normativa, la cual respalda la diversidad. Esto valida que existan muchas formas de ser y existir como ser humano, respeta las diferencias que puede presentar en una sociedad y los valores que en que se apoyen las familias. Por lo tanto, propone no pensar en disfuncionalidad, escapando a las categorías diagnósticas tradicionales y piensa a cada caso como único (Beyebach, 2012; Hoyt, 2008).

Se considera que los pacientes tienen el conocimiento y la capacidad de crear soluciones a sus problemas. Esta perspectiva remarcaba el valor de las soluciones que los pacientes ya han puesto en práctica en el pasado y presente y pone a la luz recursos personales que tal vez los mismos desconozcan que poseen. Es por eso que el equipo de Milwaukee desarrolló técnicas con formato de preguntas que se oponía, en parte, a la

teoría que proponía basar el tratamiento y la conversación de la terapia en el problema y sus repercusiones (McGee, 1999).

La TCS hace foco en las soluciones intentadas por el paciente identificado, no tanto en los problemas específicamente. De Shazer sostiene que entender cómo se perpetúa el problema no es lo más importante y postuló que encerrarse en el problema limita a la hora de buscar nuevas posibilidades y ver las excepciones (Beyebach, 2012).

Este modelo planteado por el mismo autor basa su teoría en técnicas de Erikson (Haley, 1973) el cual implementaba un estilo indirecto y veía que las sugerencias operaban en la vida diaria así como lo hacían en el ámbito de la terapia. El modo de intervención de la TCS se asemeja mucho a la hipnosis, ya que las sugerencias se plantean en forma de sugerencia sobre la ocurrencia de determinada acción o situación por parte del consultante.

La expresión indirecta implementa un lenguaje que comunica posibilidades y la exposición de distintas expectativas sobre la situación. Este estilo parte del supuesto que el paciente tiende a acceder a una sugestión cuando esta implementa características del mismo y utiliza su propio vocabulario. Cuando se habla de sugestión no se debe confundir con el hecho de emitir una orden, lejos de eso, se insinúa tratando de otorgar nuevas miradas, recursos, validar ciertas respuestas, caminos de afrontamiento, etc. Justamente lo que destaca de este estilo es que sugiere y no es autoritario, por el contrario, busca de una manera fluida no caer en la repetición y en la rigidez de otros enfoques siempre siguiendo el objetivo planteado (Fernández García, Secades Villa, García Montes, Fidalgo Aliste & Catalán Matamoros, 2006).

Tanto Erickson como de Shazer, consideraron que no se necesita inculcar nada desde el exterior, que el hombre es capaz de preservar su propia salud ya que posee todas las herramientas necesarias, es capaz naturalmente de resolver sus problemas y de sortear obstáculos. Lo que de Shazer proponía era usar los recursos que las personas poseían para producir el cambio, y no intentar que hicieran algo diferente o que dejaran de ser como son (de Shazer, 1988; 1989).

El método se basaba en hacer resurgir las capacidades que posee porque las aprendió a lo largo de su experiencia personal. Cuando aparece sintomatología o una

patología se debe a que la salud propia se ve obstaculizada, amén de esto, se destaca la idea de que cada ser humano responde de distinta manera dependiendo de su historia de vida (Fernández García et al., 2006).

La TCS tiene una serie de componentes principales: (a) el énfasis en construir junto con el consultante un meta a alcanzar con el fin de solucionar la dificultad que se trae a sesión; (b) la importancia de crear una firme alianza terapéutica que logre que el paciente coopere en el tratamiento; (c) el objetivo de construir soluciones, la visión a futuro que propone con sus preguntas y diálogo; (d) el tinte especial de este modelo que es la charla orientada a las excepciones del problema; y (e) la búsqueda a hacer que esas excepciones se perpetúen cada vez más (Trepper et al., 2010).

Asimismo, la TCS presenta una serie de postulados en tres *reglas básicas* propuestas por de Shazer (Hoyt, 2008). Estas son:

- Si algo está bien, no lo componga.
- Una vez que funcionó, haga más de lo mismo.
- Si no funciona, no lo repita. Haga algo distinto.

Lo que busca esta terapia es crear, junto al paciente, objetivos y metas a seguir, dirigidos a solucionar el malestar que se presenta. Esto implica construir con la persona que consulta un foco del tratamiento y soluciones posibles al problema. A su vez, apunta a buscar las excepciones al problema, en qué momentos surge alguna solución exitosa. Esta perspectiva tan novedosa, es mucho más positiva que hacer foco en el problema y en el contexto en que este se manifiesta (de Shazer, 1988; 1991).

Es importante destacar que antes de hacer hincapié en la solución es necesario, en un primer momento de la terapia, generar lo que Rogers (Capó, 1982) denominó empatía. Este autor expresó en una entrevista, que hay una relación real entre esa persona que consulta y el terapeuta, donde ambos se sintonizan entre sí. Por otro lado, muchas veces sucede que las personas son empáticas de una forma que no logran entenderla, donde lo que está sucediendo es que se intuye y percibe de una forma no consciente.

Este modelo lo que propone, luego de establecido el problema, es el pactar metas y objetivos del tratamiento terapéutico, siempre haciendo foco en la solución al problema y no al problema en sí. La pregunta como intervención toma el centro de la escena, pero no solo para recabar información y ordenar los datos. Del mismo modo, una pregunta puede significar nueva información, también pensando en dirigirse a la meta del tratamiento y a la construcción de objetivo. Por eso, las preguntas en este tipo de terapia tienen un doble rol, por un lado son intervenciones y, por el otro, con ellas se logra recabar información. Los terapeutas entrenados en este enfoque han logrado trabajar el cambio y la perspectiva de pacientes a través de la pregunta, de una forma indirecta y sutil (Kornberg, 2013). Así es como la TCS, a través de los años, se ha aplicado ampliamente en el ámbito clínico por ser tan flexible en cuanto a la problemática o el tipo de paciente, comprendiendo al abordaje tanto general de atención primaria como problemas de alimentación, trastornos del estado de ánimo, alcoholismo, abuso de drogas, en víctimas de abuso sexual, abusadores, convictos, terapia de pareja y familia, como con personas que padecen esquizofrenia (Estrada et al., 2006).

Para comprender este trabajo, es indispensable entender en qué tipo de terapias se pueden aplicar la pregunta constructiva. Estas intervenciones no pueden hacerse porque sí, tiene que tener un propósito y esto debe tener algún sentido en el marco teórico de terapia donde se aplican. Los modelos donde se trabaja con este tipo de intervención son los del grupo de las terapias focalizadas, especialmente en la TCS (Kornberg, 2013).

Existen diversos modelos comprendidos en la categoría de *focalizados*, como por ejemplo, la terapia centrada en el problema, el modelo de Palo Alto, los enfoques narrativos, la terapia cognitiva constructivista y la TCS. Lo que tienen en común es el propósito de describir y trabajar sobre un foco, donde el objetivo del tratamiento es resolver el mismo y cuando la meta es lograda se supone que la labor ha concluido. En lo que difieren estos enfoques es en cómo delimitan dicho foco y qué significa para cada uno de ellos. La terapia focalizada es breve, pero no en tiempo sino en contenido. Esto sucede porque sus objetivos, al estar establecidos, son limitados en cuanto a la meta (Kornberg, 2013). En cuanto al foco de la TCS, hace hincapié en los recursos de los pacientes. Busca

las excepciones, es decir, los momentos en que el problema no se hace presente o en un futuro donde problema que se plantea no existe (Beyebach, 1999).

De Shazer (1989) estableció que la cantidad de sesiones para considerar como breve a una terapia depende de cada modelo. Tanto su equipo como el del Centro de terapias breves del *Mental Research Institute* (MRI), concordaron que se logra alcanzar el objetivo del tratamiento o una mejora significativa en un promedio de siete sesiones.

La TCS, en general, entiende como breve a una terapia cuya duración se estima entre una a diez sesiones, con un promedio de cinco encuentros. Generalmente se concretan entrevistas de una hora aproximadamente, cada una semana y luego cada dos, tres semanas y hasta un mes a medida que se va avanzando en el tratamiento. Es muy común que se trabaje en equipo, aunque no es obligatorio, donde el terapeuta atiende a los pacientes en cámara Gesell y sus colegas están detrás del vidrio (Beyebach & Rodríguez Morejón, 1995), quienes participan de la sesión pero a través del teléfono o directamente con el terapeuta cuando sea necesario. La diferencia con otros modelos es que, en TCS, el terapeuta no trabaja solo, sino que el equipo planea las intervenciones, supervisa, diseña las sesiones, propone nuevos rumbos para el tratamiento (Beyebach, 1999).

3.3. El uso de la pregunta en el marco de la terapia centrada en la solución

Los primeros en utilizar la pregunta como intervención terapéutica y no solo como herramienta interrogatoria fue el grupo conocido como la Escuela de Milán, con autores como Boscolo, Selvini Palazzoli, Prata, Cecchin, con la idea de que la pregunta era un medio para introducir nueva información, perspectivas e ideas (McGee et al., 2005).

La TCS utiliza en su práctica, preguntas que son implementadas como herramientas o intervenciones. Estas se focalizan en guiar a los pacientes a generar cierto orden y concentrarse en la solución que buscan, aplicando estas intervenciones para indagar y desarrollar respuestas que conduzcan a establecer metas y soluciones deseadas (Hoyt, 2008). Este modelo propone una serie de preguntas como, por ejemplo, las que indagan sobre las excepciones o por el milagro, con una mirada puesta en disipar el problema, primero se localizan las excepciones, luego se busca ampliarlas y, por último, transformarlas en norma (Kornberg, 2013).

De Shazer y equipo, luego de entender que la llave estaba en hacer foco en las soluciones se puso en la búsqueda de herramientas terapéuticas que fueran útiles. Propusieron localizar las posibles soluciones a la queja presentada por el paciente, construir definiciones, crear objetivos y orientarse a la meta (McGee, 1999). Las preguntas que caracterizan a este modelo son:

La *pregunta por el pre-cambio* apunta al cambio y a las mejoras que pueden suceder antes de concretarse la primera entrevista o la llamada telefónica para contactar al terapeuta. Esto implica suponer que se ha producido ese cambio ya (Beyebach, 2012). Esto abre el camino para hablar de la solución, marcando las fortalezas y recursos del paciente y da paso a crear una meta específica y clara. Con esta pregunta se puede arribar a información sobre excepciones y soluciones que han sucedido en el pasado lo que podría concluir en acercarse a la meta (Trepper et al., 2010). Muchas veces, el mero llamado al terapeuta en busca de ayuda significa un cambio y un paso a solucionar la queja por la que se consulta. La idea de poner los problemas en manos de un profesional o hacerlos públicos ante alguien puede ser muy terapéutico (Kornberg, 2013).

Con la *pregunta del milagro* se pretende facilitar la búsqueda de la meta, cuestión que puede resultar dificultosa para algunos pacientes, principalmente cuando esta conlleva pensar positivamente y en término de solución. Es una forma de orientar al consultante a que construya sus objetivos y desarrollar metas claras y concisas para llegar a una solución. Es una forma de visualizar un futuro ideal o deseado por parte del paciente (Trepper et al., 2010). Esta pregunta pretende que el consultante imagine un futuro donde el problema presente en la queja no esté presente. Generalmente, se le dice al paciente “*Imaginá que a la noche te vas a dormir, mientras que dormís pasa un milagro y todos los problemas que te aquejan ya no existen, se solucionan. Como todos duermen no se enteran lo que sucedió. Cuando despierten ¿Cómo notaran que el milagro se produjo?*” (Beyebach, 2012; 2014; de Shazer & Dolan, 2012). Con esto, lo que el terapeuta busca es indagar sobre las excepciones que todavía no sucedieron, dando una visión de cuál es la meta que desea alcanzar el paciente en terapia (Kornberg, 2013).

La *pregunta de escala* permite cuantificar algo que de por sí no es medible. Propone al consultante o consultantes puntuar una situación del uno al diez. Existen distintas

variantes de este tipo de pregunta, como por ejemplo la *escala de avance*, que se usa para medir el progreso del tratamiento y definir metas; la *escala de confianza*, que intenta medir que tan seguro se siente el paciente frente alguna circunstancia, etc. La escala es muy útil para crear intermedios en situaciones que tal vez se piensan como polarizadas en dos perspectivas extremas. La respuesta a la pregunta de escala va a ser útil para trabajar sobre el punto de vista de los pacientes, el paso siguiente a esta pregunta es remarcar el recurso del paciente y el control que este posee sobre la situación y, por último, pactar las metas a seguir (Beyebach, 2012; 2014; Trepper et al., 2010).

La *pregunta por las excepciones* es aquella que apunta a los momentos en que el problema es menos visible, o cuando no se hace presente, o se presenta de forma sutil. Se busca con esto que el consultante se atribuya el control sobre el problema, visualice los recursos que presenta frente a él, sepa que es posible la excepción y pueda convertirse en la regla en un futuro (Beyebach, 2012; 2014). La TCS requiere que el profesional cuente con cierta formación específica, a diferencia de la terapia tradicional que se enfoca en escuchar donde surge o cómo se despliega el problema. La TCS presta atención a las soluciones, las metas del pasado y las excepciones, cuando esto se hace presente el terapeuta debe remarcarlo y otorgar un elogio por eso, mostrando lo importante que eso resulta para la meta (Trepper et al., 2010). Se incluye en las preguntas por excepciones a las preguntas presuposicionales, las cuales insertan una perspectiva o creencias. Esto significaría preguntar por lo que ha funcionado o los cambios que sucedieron en el pasado que fueron favorables, sugiriendo que en el pasado hubo soluciones (Kornberg, 2013).

Por último, la *pregunta constructiva (PC)*, engloba a todas las preguntas del modelo centrado en la solución, es la que concierne a este trabajo y será desarrollada con más detenimiento en el próximo apartado.

3.3.1 Preguntas constructivas

Lo novedoso de la PC radica en la confianza depositada sobre los recursos del paciente. Esta forma de indagar considera que el consultante tiene la capacidad de enfrentarse a sus problemas, por lo tanto, lo que busca es remarcar esto y lograr que esto

genere la diferencia en la vida de quien consulta. Procura cambiar la mirada que el paciente tiene sobre sí mismo y sus limitaciones, capacidades y recursos. La PC siempre se apoya en lo no-normativo, no pretende indagar desde lo patológico, sino que considera al consultante como una persona única con una historia particular, sin intentar que encaje en la norma, se lo acepta tal cual es. Esta intervención toma el camino que lleva a la solución, esto quiere decir, que va a averiguar cómo resolver determinada situación (Morejón & Beyebach, 1994).

La pregunta constructiva es aquella que busca información presuponiendo o basándose en un conocimiento previo. De alguna manera esta pregunta introduce información nueva. Cuando una pregunta asume algo, se la denomina presuposición. La respuesta va a reafirmar la presuposición que la pregunta implica (McGee et al., 2005). A diferencia de otros autores, Beyebach (2014) llama de otra manera a esta intervención, la denomina pregunta de afrontamiento, y la propone para momentos en que las excepciones parecen no hacerse presentes, en situaciones desfavorables en donde el paciente necesita más que nunca de sus recursos. Por ejemplo, al preguntarle al consultante cómo logra, a pesar de la adversidad, sobrellevar la situación, el terapeuta estaría incluyendo una presuposición. Ejemplo de PC son la del milagro y la *de escenario*, esta implica proponer al paciente una situación imaginaria, para que piense cómo se desenvolvería en ese caso y cómo lo harían personas significativas de su entorno (Kornberg, 2013).

McGee, del Vento y Beavin Bavelas (2005) consideraron que todas las preguntas son co-constructivas. Estas alientan al paciente a ser partícipe en el discurso y, por lo tanto, le otorgan la atribución del control del cambio en su vida. La elección de palabras hace que el consultante sea partícipe de la construcción y lleva a que la respuesta implique que él es responsable de los cambios favorables. Son constructivas también, por el hecho de que se formulan positivamente y otorgan una perspectiva efectiva que apunta a los recursos del paciente, siempre buscando lo que sí funciona y lo que el paciente logra hacer.

Las PC como intervenciones terapéuticas fueron aplicadas por McGee (McGee, 1999; McGee et al., 2005). Este tipo de intervención fue utilizada por muchos modelos de terapias focalizadas (Cade & O'Hanlon, 1985; de Shazer, 1988; 1989; White & Epston, 1993). El uso de estas pretende formular unas ciertas respuestas por parte del paciente

identificado, especialmente las que están vinculadas con sus recursos, sus características positivas y sus posibilidades, intentan sugerir que en el pasado el paciente ha encontrado soluciones a sus problemas. La pregunta terapéutica, por lo tanto, presupone recursos y aspectos positivos, y lo que pretende es que el consultante logre visualizarlos alcanzando una concepción diferente de su problema y su situación (Kornberg, 2013).

La pregunta implica, según McGee (1999), que la persona que responde lo haga desde la suposición que conlleva la pregunta. Lo que se observa en terapia es que la suposición impuesta por el terapeuta es aceptada por el paciente como propia. Esto quiere decir que la pregunta, al suponer algo, implica nueva información para el paciente, tal vez sobre recursos propios que creía no tener. Suponiendo que, a lo largo de las sesiones, el terapeuta recabó información sobre el paciente, es decir, tiene una base de datos sobre los que puede indagar y lo cual tiene en cuenta a la hora de intervenir. A su vez, la respuesta está limitada a la pregunta, la cual, más allá de abrir las puertas a distintas perspectivas de respuesta, restringe y guía lo que responderá el paciente, siempre y cuando la pregunta tenga sentido para el (McGee et al., 2005). Con esto, se resume que cuando la PC es reconocida por el paciente, lo que se produce es una respuesta constructiva, donde el consultante acepta que posee habilidades para resolver sus problemas, que existen excepciones donde el problema no se hace presente y que cuenta con distintas opciones (Kornberg, 2013).

3.3.2. El entrenamiento de terapeutas en la utilización de preguntas constructivas

Friedman (1996) describe al terapeuta constructivo como un profesional que concibe la realidad como una construcción social, el cual evita pensar en disfuncionalidad y patologización. El mismo debe mostrar respeto y ser empático con las creencias y valores del paciente; debe remarcar la importancia de la reflexión que surge del diálogo terapéutico, crear una relación terapéutica donde se co-construya con el paciente diferentes significados y metas; poniendo siempre al paciente en un lugar de control sobre sus propios problemas; cree que el cambio es posible; se enfocan en co-descubrir con el paciente los recursos, habilidades y fortalezas y hacer que estas se potencien.

Las nuevas corrientes de psicoterapia alternativas han visto la utilidad de formar terapeutas más allá de la formación académica que puede ofrecer la carrera de Psicología. A su vez, proponen el entrenamiento de terapeutas desde una perspectiva que apunta a la práctica y como el profesional debe desenvolverse en la sesión frente al paciente. La experticia en un modelo se logra a través del entrenamiento en las técnicas, del estudio meticuloso de los presupuestos básicos, y la supervisión al terapeuta en formación al menos durante un periodo al inicio de su carrera hecha por un psicólogo experimentado. Implica, además, internalizar los procedimientos que dan la pauta de como tomar decisiones sobre qué técnicas a utilizar, lograr el *timing* en función de la persona con la que se trabaja (Morejón, 2004). A pesar de que la bibliografía sobre el entrenamiento de terapeutas en PC es acotada, se puede decir que diferentes modelos ofrecen esquemas bastante similares a la hora de entrenar profesionales en alguna habilidad en particular.

Kornberg (2013) realizó un taller de entrenamiento sobre PC para terapeutas en el marco de la terapia pero sin enfocarse en algún modelo de psicoterapia en particular. Los profesionales que participaron en el taller eran terapeutas de la institución donde se realizó la práctica profesional, por lo tanto manejaban un vocabulario común a pesar de que la formación de cada uno variaba, trabajar en este centro significa utilizar una base teórica en común. En general, los profesionales formados en terapias focalizadas han estudiado la pregunta como intervención, a pesar de eso, es muy común que les resulte difícil de aplicar, tal vez entienden la idea pero les es dificultoso llevarlo a la práctica y no logran el propósito de la intervención. Se concluye que el conocimiento, para transformarse en habilidad, antes debe entrenarse. Sólo de esta manera el terapeuta podrá contar con este recurso de manera espontánea y en búsqueda del objetivo de este modelo que es focalizarse en las soluciones.

Antes de comenzar con el taller, primero, se pidió a los profesionales que realizaran una primera entrevista a un paciente. El primer encuentro del taller fue de tres horas. Luego se decidió prolongarlo dado a la dificultad que significó para muchos terapeutas hacer fluido el uso de la intervención terapéutica. Se realizaron dos encuentros más, donde se indicaron tareas específicas para que los profesionales realizaran en sus consultorios y videograban sus sesiones para poder analizarlas luego en clase. En resumen, el taller

consistió en: Una introducción al taller explicando su importancia y los objetivos a trabajar durante el mismo, se explicó sobre los distintos tipos de terapia y sobre la utilización de preguntas en los mismos; se expusieron videos sobre Berg y Hirsch donde se mostraba el ejemplo de la PC como intervención, se hicieron ejercicios de *role playing*; se trabajó en clase con las grabaciones de sesiones de los profesionales. Luego de concluido el taller se le pidió a los profesionales que realizaran otra primer entrevista a otro paciente, en la cual debían evitar las intervenciones directas y aplicar las intervenciones tratadas en el taller (Kornberg, 2013).

Kim (2013), propone un esquema muy similar al propuesto por Kornberg (2013), a pesar de tratarse de una formación más general, sobre TCS. Comienza con una presentación de la historia y filosofía del modelo, sus principios básicos, explicación del formato de la sesión y estructura, muestra ejemplos de video de expertos, propone el *role playing* y la práctica con comentarios de video. Concluye diciendo que los psicólogos se consideran preparados cuando alcanza un 85% de adherencia y calificación de competencia. Utiliza la estandarización de adherencia y escala de calificación de competencias, esto es algo novedoso que podría resultar beneficioso para evaluar el nivel que lograron los terapeutas luego del entrenamiento.

También McGee y colaboradores (2005) presentan un método con el fin de analizar meticulosamente la forma en que las preguntas trabajan en sesión, o sea, para estudiar el patrón de comunicación y la manera en que este funciona. En el entrenamiento de terapeutas en la utilización de preguntas como intervención se proponen entrevistas de ejemplo en video con la idea de enseñar, las cuales son realizadas por expertos en el tema con larga experiencia clínica. Seleccionan un *muestreo teórico*, entre ellos videos de aprendizaje y escritos que ejemplifiquen exactamente lo que se quiere mostrar, en lugar de observar sesiones normales. De esta manera, resulta más accesible y ejemplificadora la enseñanza de las intervenciones del enfoque y las técnicas de diferentes terapeutas.

3.3.3. La implementación de las preguntas constructivas en la terapia centrada en soluciones

La TCS es de las que más ha empleado las preguntas como intervención, dándole a estas un lugar más relevante que solo ser instrumentos para recolectar datos, sino que han destacado el poder terapéutico de las mismas, inclusive cuando parecen meras preguntas. La intervención más usada por este modelo es la pregunta por las excepciones. Con ella, los terapeutas hacen foco en buscar y hallar momentos en los que el problema que trae el paciente a sesión, no aparece, en lugar de preocuparse por el contexto y la dinámica que ronda el problema o la patología. Paso siguiente, una vez materializadas las excepciones, la meta es amplificarlas y hacer que se repitan. La función que más destaca de la pregunta en terapia es la de insertar durante la conversación, las llamadas presuposiciones. Cuando el paciente responde constructivamente está accediendo a la presuposición, la está tomando como válida, ya que la ligereza con que sucede el dialogo terapéutico, no le da tiempo a detenerse en el análisis de la misma (Kornberg, 2013).

El estilo de la PC guía a los pacientes a que hagan visibles sus propios recursos y fortalezas, como así también las soluciones que han intentado, y que puedan construir metas a lograr y un plan para eso. Esta es una manera de que los consultantes se enfoquen en las posibilidades y recursos con los que disponen para corregir el problema y buscar el cambio en vez de focalizarse en el problema y como este se produce (Neipp López, Núñez Núñez & Martínez González, 2016).

Las PC tienen ciertas características, por un lado, sintácticas como ser el uso de conectores, los diminutivos, las presuposiciones insertas, la estructura de opiniones; también características semánticas como referirse a aspectos positivos, el porvenir, pensar al paciente como sujeto de cambio, y los aspectos negativos como transitorios. Otra distinción posible es considerar las preguntas como espontáneas, las cuales forman parte de la conversación terapéutica fluida; o considerarlas no espontáneas, que vendrían siendo las que han sido elaboradas por el terapeuta como intervención (Kornberg, 2013).

Es importante aclarar que la PC persigue el fin de conseguir una respuesta constructiva por parte del paciente, lo que se denomina par adyacente. Estos son esquemas de expresiones encadenadas, las cuales se producen en un dialogo entre dos personas o más, en las que se espera una respuesta en particular. Este tipo de pregunta evoca una respuesta,

lo que significa que los pares adyacentes depende uno del otro. El patrón de par adyacente obliga al receptor a responder (McGee et al., 2005).

También, la presuposición pretende que el paciente durante la conversación haga conexiones lógicas. El receptor para quien está pensada la PC debe otorgarle un sentido a esa indagación, debe realizar un trabajo paralelamente a la escucha, para que así la conversación terapéutica sea favorable (McGee, 1999).

3.3.4. El efecto de las preguntas constructivas en la terapia

De Shazer y Berg (1997) se interesaron en qué cosas funcionaban, es por eso que su trabajo concluye en que trabajar sobre las excepciones y soluciones tiene mejores resultados que trabajar sobre el problema.

McGee (1999), llevó a cabo un estudio sobre las presuposiciones que inducen las preguntas. Es por eso que ejecutó un análisis funcional del proceso que surge de una pregunta psicoterapéutica: La pregunta demanda una respuesta; para responder, quien lo hace debe darle un sentido a la pregunta; las preguntas ponen un límite y guían al receptor a algo en especial; para responder, quien lo hace tiene que realizar un proceso de análisis rápido; generalmente el paciente no se detiene a evaluar la presuposición.

Es común en terapia que, algunas intervenciones intentando favorecer el cambio, lo único que logran es promover la resistencia de los pacientes. Es por eso que la PC es una herramienta que, al ser indirecta, evita fortalecer la resistencia antes mencionada. La utilización de este tipo de intervención puede lograr transformar la mirada que tiene el paciente sobre el problema. Es importante remarcar que la intervención directa puede resultar redundante si ya se realizó la intervención indirecta (Hirsch & Casabianca, 2009; Kornberg, 2013). La PC es una intervención indirecta que presupone información y esto hace que el paciente acceda a esta suposición y la incorpore, acondicionando al paciente a que esté más abierto a futuras intervenciones (McGee, 1999, 2005). Miller y Rollnick (2002) remarcan lo importante de que no sea el terapeuta el que se ponga en actitud de

cambio, lejos de tener un efecto neutro, lo que va a generar en el paciente es un efecto de resistencia al cambio.

Como se mencionó anteriormente, el par adyacente daría un pauta del efecto posterior a la pregunta realizada, si este par se logra es porque la pregunta surtió el efecto esperado. Kornberg (2013) concluyó que las PC tienen un efecto positivo en los pacientes y que resultan un instrumento muy útil para el profesional que busca guiar al paciente hacia la meta planteada y que quiere trabajar dentro de la terapia breve. Remarcó también la relevancia de la pregunta en la alianza terapéutica y en la predisposición del paciente en las siguientes intervenciones. Tohn y Oshlag (1996) resaltan la importancia de detectar y buscar la manera alternativa de intervenir con pacientes resistentes, que pueden tal vez no concurrir a terapia voluntariamente o su patología no les permite ser colaborativos.

Mc Keel y Weiner Davis (1995, como se citó en Kornberg, 2013) realizaron un estudio donde remarcaron que cuando en el primer encuentro se realiza una pregunta presuponiendo que hubo algún cambio entre el momento de concretar el pedido de la consulta y la primer entrevista, más del 60 % de los pacientes muestran una mejora. En cambio, cuando se presupone que ese cambio no ocurrió, los consultantes declaran no percibir cambios en un 67% de las veces.

Gingerich, de Shazer y Weiner Davis (1988) realizaron un estudio en el que se encontró una correlación entre los cambios en los consultantes y la conversación del cambio en el primer encuentro. Esto resulta de un dialogo donde se hacen presentes las PC, el profesional supone que hubo algún cambio, excepciones y otras soluciones anteriores. También, hay evidencia científica que muestra la correlación entre el dialogo ligado al cambio en el primer encuentro y la permanencia del paciente en el tratamiento (Shields, Sprenkle & Constantine, 1991).

Skidmore (1993, como se citó en Kornberg, 2013) realizó un estudio que buscaba analizar la eficacia percibida por los psicólogos al trabajar con las preguntas de la TCS. Los terapeutas participantes, respondieron una encuesta donde consideraron de mayor valor terapéutico a la pregunta del milagro, como la más utilizada a la preguntas de escala,

expresaron que la PC es la intervención que guía al consultante a encontrar otras perspectivas a sus problemas y a descubrir soluciones anteriores.

Asimismo, se llevó a cabo un estudio con alumnos de la carrera de enfermería donde se compararon las preguntas centradas en las soluciones y las preguntas focalizadas en el problema, se quería evaluar la presencia de diferencias en cuanto a las variables afecto positivo, afecto negativo y autoeficacia. Tal estudio buscaba corroborar los resultados a los que llegó Grant (2012) en un estudio similar. La conclusión a la que se llegó es que los datos de Grant son correctos, la pregunta centrada en las solución, tuvo un efecto significativo, mejorando el afecto y la autoeficacia de los estudiantes (Neipp López et al., 2016).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio y diseño

Estudio de tipo descriptivo y diseño observacional de corte transversal con entrevistas a expertos.

4.2. Participantes

Se trabajó con terapeutas y psiquiatras de la institución, los profesionales estaban formados, en un principio, en psicología o psiquiatría y luego especializados en modelos sistémicos surgidos en Palo Alto como ser la terapia focalizada en la resolución del problema (MRI), en terapia dialéctico conductual (*Dialectical Behaviour Therapy*, DBT), y la TCS, la cual utiliza el tipo de intervención a estudiar (preguntas constructivas).

En las entrevistas, se contó con la participación de cuatro profesionales de la salud que forman parte del plantel fijo de la institución, tres hombres y una mujer. Las edades de los entrevistados varían entre los 30 y los 65 años. Las especialidades de los participantes varían desde terapia pareja, entrevista de admisión, trastorno límite de la personalidad, trastorno antisocial, etc.

El *psiquiatra Javier*, a quien se lo caracterizó como *J* tiene formación en terapia psicoanalítica. Hizo supervisiones de casos de terapia analítica y terapia de grupos, tiene experiencia con el psicodrama moreniano y la Gestalt. Su acercamiento al modelo del MRI, comenzó junto a Hirsch y Rosarios. Con Hirsch, veían casos en cámara Gesell y supervisaban. En la institución trabaja desde el año 80, hace 27 años. Es quien armó el espacio de cámara Gesell para casos empantanados. Creó la primera cámara del centro junto con Hirsch, para pacientes esquizofrénicos.

El *terapeuta Luciano*, a quien se nombró como *L* estudió en la UBA, donde desarrollo una fuerte inclinación por el psicoanálisis. Realizó un posgrado en psicoterapia cognitiva (UBA). Luego su formación continuó en la institución donde trabaja hoy en día, donde comenzó a profundizar en el modelo estratégico. Trabaja en la institución desde el

año 2005. Comenzó como terapeuta y luego se sumó al equipo de terapia de pareja de Gottman y equipo de terapia multisistémica para jóvenes con conductas antisociales. En 2009 lo nombraron admisor, hasta hoy en día. También es auditor de historias clínicas, las cuales son parte de la evaluación del desempeño de los terapeutas y coordina dos grupos de supervisión. Es docente dentro de la institución y ofrece un curso virtual sobre entrevista motivacional. También dicta clases en el posgrado, donde trabajan con táctica del cambio de Wazlawick.

El *terapeuta Marcelo*, al que se denominó *M*, es Licenciado en Psicología (UBA) y Doctor en Psicología (UBA). Realizó cursos de terapia cognitiva y grupos de estudio con referentes sistémicos, como Wainstein y los hermanos Atkins. Se formó con Elzufán, quien trajo el modelo de Palo Alto a la Argentina, de forma simultánea a Hirsch. También se formó en el exterior con Gottman y Linehan. Trabaja en la institución desde el año 1994 como terapeuta y 1998 como coordinador de equipo. Hoy en día es coordinador general de la parte clínica, docente de posgrado y de varios cursos como, por ejemplo, formación de terapia de pareja y coordina el equipo de supervisión de DBT y equipo de parejas, y multisistémico.

La *terapeuta Fernanda*, a la que se nombró *F*, se formó como psicóloga en la UBA, donde también realizó posgrados en selección de personal, posgrado en capacitación y coaching, posgrado terapia cognitiva. Otros posgrados que cursó fueron: terapia breve y focalizada (IGB), posgrado en trastornos de ansiedad (AATA), cuidados paliativos (FEMEBA – FLACSO) y terapia dialéctica conductual (FORO). Se encuentra trabajando en la institución desde hace 10 años. Donde se dedica a la terapia con adultos, forma parte del equipo de DBT y también es docente.

También se trabajó a modo de ejemplo, con el contenido de una entrevista de admisión realizada por el *terapeuta admisor L*:

El caso con el que se ejemplificó es de una mujer de 59 años, con el fin de proteger el anonimato de la paciente se la que se caracterizó como *R*. La paciente consultaba por tener miedos que abarcaban cada vez más partes de su vida. Dijo ser docente jubilada, pero igualmente, se encontraba trabajando hoy en día en el sector inmobiliario. Estaba separada

y tenía dos hijos mayores de edad, de los cuales el menor vivía con ella y su hija mayor vivía en el exterior. Dijo haberse separado hacía un año, de la que fue su pareja por 18 años. Recientemente el padre de sus hijos y su gran amor, retornó a su vida, después de haberse ido de la ciudad por muchos años. La paciente dijo haber concurrido a terapia en otras ocasiones, siempre por motivos de pareja.

4.3. Instrumentos

La recolección de datos se obtuvo por medio de la observación no participante de entrevistas en cámara Gesell; de la observación de entrevistas videograbadas en la institución; del contenido y la práctica del taller sobre PC, el cual consistió en tres clases en las cuales se dictaba la parte teórica luego de la cual se ponía en práctica lo aprendido a través de *role playing*; entrevistas semi-estructuradas realizadas a profesionales de la salud mental que trabajan en la institución; por último una entrevista de admisión a la consultante R.

En las entrevista realizadas a los expertos lo que se intentó abordar es el uso de las PC como intervención terapéutica en el ámbito de la sesión desde el modelo centrado en soluciones, describir al terapeuta centrado en la solución, describir cómo es el entrenamiento de terapeutas en la utilización de PC y describir el efecto de este tipo de intervenciones en el marco de la terapia desde la mirada del terapeuta.

Los ejes a indagar en la entrevistas serán: formación académica, años en la institución, área de trabajo dentro del centro de psicoterapia, cómo fue su entrenamiento en PC, la aplicación de la PC en sesión, el efecto que esta produce en la conversación terapéutica, cómo es el proceso de co-construir metas de tratamiento, que se considera cambio, etc.

4.4. Procedimiento

Este trabajo consistió en hacer un recabado de información sobre las PC. En primer lugar, a través de preguntas que se realizaron en entrevistas semi-estructuradas a profesionales especializados en el tema, los cuales tienen formación variada pero utilizan

este tipo de intervenciones. En segundo lugar, se ejemplificó la intervención de la PC con una sesión videograbada de una entrevista de admisión.

Asimismo, tanto las entrevistas videograbadas observadas como las observaciones no participante en cámara Gesell contribuyeron a la recolección de información, las cuales se llevaron a cabo en la práctica realizada en la institución y luego de haber concluido la misma, por un total de nueve meses (se continuó la práctica por más tiempo del previsto). Las sesiones observadas fueron tanto grupales como individuales, de una hora de duración y dieron una idea más acabada de cómo aplicar la PC como intervención en la terapia.

5. Desarrollo

Con el motivo de desarrollar los objetivos expuestos en el trabajo se llevaron a cabo cuatro entrevistas. El investigador entrevistó a profesionales, de los cuales uno de ellos era médico psiquiatra y coordinador de cámara Gesell de la institución, al cual se caracterizó como *J*; dos de los entrevistados eran licenciados en psicología a los que se identificó como terapeutas *L* y *F*, por último un doctor en psicología que se lo nombró *M*, quien coordinaba varios grupos en la institución y era docente en ella. Con estas entrevistas se buscó que los profesionales expresaran su punto de vista sobre las PC. Para ejemplificar la información recolectada en las entrevistas se utilizaron fragmentos de una entrevista de admisión que realizó el terapeuta *L* a la paciente *R*.

5.1. El entrenamiento de terapeutas en la utilización de preguntas constructivas

Los profesionales, al igual que Friedman (1996), describieron al *terapeuta centrado en una solución* como una persona con una gran capacidad empática. Este tiene que ver y entender, en principio, el mundo tal como lo ve el paciente, además de ser práctico en su actuar, racional y habilidoso.

Coincidiendo con la teoría, el Lic. *L* remarcó que este tipo de terapeuta debe tener una buena formación técnica para saber con qué herramienta puede trabajar en ese momento en particular. Fundamentalmente agregó que el profesional debe saber encontrar el momento y la forma de transmitir eso. Esto ayudará a maximizar la chance de que el paciente lo valide. Por lo tanto, ser empático es una condición, pero no alcanza, lo mismo pasa con la técnica. Si el profesional es muy empático, conoce la técnica, pero no tiene el *timing* de la entrevista para saber cuándo intervenir, puede resultar que intervenciones muy buenas reboten porque no se hacen el momento adecuado (Morejón, 2004).

A esto, la Lic. *F* agregó que el psicólogo debe ir siempre un paso atrás en función de lo que en ese momento el paciente es capaz de hacer, siempre evitando trabajar desde pautas o normas pre establecidas (Friedman, 1996).

Reafirmando la teoría de Friedman (1996), el Dr. M planteaba que este tipo de terapeuta, es alguien muy atento a aspectos de la conversación que otro profesional, tal vez, no tomaría en cuenta. Es una persona que ve recursos donde otros ven problemas. Por lo tanto, ve cosas que otros, evidentemente, no ven.

Se considera al terapeuta centrado en la solución como *constructivo*. Esto implica que no es el terapeuta el que baja línea ni el paciente el que impone condiciones, sino que hay una relación donde se co-construye. Tal como plantea Friedman (1996), el paciente otorga cierta información y esa es la realidad para esa persona.

Se puede observar en la entrevista de admisión que la paciente R expresaba: “*yo tengo miedos*”. Cuando el terapeuta L le marcaba sus recursos, ella le recordaba “*pero mire que los miedos están eh, y mire que los miedos son de antes de esto que usted me pregunta*”. Entonces, si el terapeuta no valida eso, produce resistencia. Al mismo tiempo, si solo se queda con eso termina trabajando desde el modelo cognitivo conductual para controlar la ansiedad. Por eso el terapeuta hace una devolución, “*(...) bueno, nos consta que los miedos están o aumentaron, pero sabe que...aparte todo esto (...)*”, la cual refleja el respeto y la empatía a la que refiere Friedman (1996).

Para concluir, el Dr. M expresó que considera al terapeuta constructivo como alguien que no cree que haya algo de fondo que hay que descubrir, sino algo que se construye durante la misma conversación. Al igual que Morejón (2004), sostuvo que entender esto resulta fácil, pero trasladarlo a una entrevista clínica y hacerlo propio, requiere modificar la manera de pensar del terapeuta, por lo tanto requiere mucho tiempo de entrenamiento y supervisión.

La terapeuta F fue la única entrevistada que realizó el taller de PC con Kornberg (2013). Luego de grabar una entrevista de admisión en cámara Gesell, se le ofreció hacer el curso, y posteriormente, grabar otra entrevista similar y ver las diferencias, tal como se plantea en el apartado del marco teórico.

En general, los profesionales entrevistados no habían recibido una formación formal en la técnica de la PC. Asimismo, concordaron que la manera más efectiva de incorporar una técnica es la práctica y la lectura de la bibliografía. Pero destacaron que es de mucha

ayuda observar a expertos aplicando la técnica. El Dr. M dice haberse interesado por esta técnica porque son varios los modelos que la dan por sabida, pero prácticamente ninguno la plantea como pregunta específica (Kim, 2013; McGee et al., 2005; Morejón, 2004).

De acuerdo con Morejón (2004), los entrevistados coincidieron en que la manera más efectiva para entrenar esta técnica es practicando y estudiando en profundidad la dinámica del modelo. El Dr. M y el Lic. L concordaba en que es muy importante supervisar y trabajar en cámara Gesell, ya que la teoría se entiende pero llevarlo a la práctica es muy difícil.

La Lic. F como el Lic. L acordaron que es muy útil grabar las sesiones. Es decir, el estudio y la bibliografía son importantes, uno tiene que saber, tiene que conocer los conceptos, pero no alcanza, hay que exponerse ante otros profesionales y poder recibir críticas (Kornberg, 2013; Morejón, 2004). El psicólogo está familiarizado con el par terapeuta-paciente, el Lic. L agregaba:

“(...) si uno no rompe esa escena, no aprende y no crece, entonces uno tiene que mostrar su trabajo frente a otros y entender que el entrenamiento no termina nunca. El tema es tener la actitud de mostrar lo que uno hace y saber recibir feedback, el terapeuta tiene que ser permeable a escuchar que no todo lo que está haciendo puede estar bien (...)”

Tanto la Lic. F como el psiquiatra J, sostenían que es muy útil mirar a otros trabajando la técnica, ya sea en vivo o en videos de terapeutas experimentados. Ayuda a esto, ver el resultado de las intervenciones en la mejoría de los pacientes (Kim, 2013; McGee et al., 2005).

Además, el terapeuta L agregaba que como adisor de la institución, su entrenamiento fue práctico, por la cantidad de pacientes con los que trabajó, la cantidad de supervisiones a las que asistió. A su vez, los adisores, realizan una capacitación permanente, en la reunión semanal de adisores, donde repasan los casos, repasan los procedimientos, revén algún caso en particular, etc. Así también, se va conociendo el modelo y la idiosincrasia de la institución (Kornberg, 2013).

Cuando se preguntó sobre cómo se incorpora la actitud enfocada en las soluciones en lugar del problema al igual que Friedman (1996) y Morejón (2004), el Dr. M expresó:

“Me interesa pensar la psicología como una construcción, uno ve que aparte de enfocarse en el problema puede enfocarse en la solución. Es una forma diferente de implementar la psicoterapia, no es tan fácil de internalizar. Es fácil de entenderla, pero no es tan fácil llevarla a la práctica. Requiere mucho tiempo de entrenamiento y de acostumbrarse a mirar las cosas de otra manera”.

El Lic. L remarcaba la importancia de que el terapeuta tenga un registro y la noción de recurso presente. Es decir, se puede pensar al consultante como alguien en búsqueda del saber profesional o se puede pensar al consultante como una persona atascada o con la sensación de estarlo, en algún momento de su vida, por determinada circunstancia. En principio, antes de vender soluciones, opciones o consejos, el profesional tiene que saber con quién está y revisar, cuantas batallas ha dado esa persona. Qué capacidad y que recursos tiene, eso es lo que te va a permitir rever el problema y si es posible, soluciones (McGee, 1999).

Al igual que de Shazer (1988; 1991), el Lic. L sostenía que no tiene que haber una dicotomía entre problema y solución. El terapeuta tiene que poder ver, que es lo que el paciente considera como problema, pero sin perder de vista la noción de recurso. Siempre teniendo en cuenta que a veces el problema no se va a solucionar.

5.2. Cómo los terapeutas implementan las preguntas constructivas en el marco de una sesión desde el modelo centrado en soluciones

El siguiente apartado tiene como finalidad analizar cómo es que los profesionales de la institución ponen en práctica la PC en el transcurso de la sesión. Para esto, el investigador observó sesiones en cámara Gesell, supervisiones de terapeutas y admisiones. También, se realizaron entrevistas a estos profesionales para que pusieran en palabras cómo ellos mismos consideraban que se lleva a cabo esta intervención y se ejemplificó con una entrevista de admisión observada durante la práctica.

En las entrevistas se indagó en como el profesional debe elaborar la estrategia para trabajar con la técnica de la PC, el psiquiatra J expresó refiriéndose a la táctica, en sintonía con los propuesto por Neipp López y colaboradores (2016) “(...) *vos tenés más o menos armado un problema o la persona te lo plantea, si buscas por el lado de soluciones intentadas, investigando toda esa experiencia de los consultantes, básicamente investigando soluciones (...)*”. A su vez, el Lic. L sostenía que la manera de implementar la PC se va construyendo con entrenamiento. El paciente dice algo y el profesional trata de ver si hay un potencial recurso en lo que está diciendo. Es decir, la persona dice algo, por ejemplo, en la entrevista a la paciente R, ella expresó como había sido su vida y como había afrontado obstáculos, a lo que el terapeuta intervino con “(...) *¿Usted la tuvo que pelear, no? (...)*”, y allí la señora afirmó. El profesional está buscando recursos, lo que quiere es amplificar algo que siente que el consultante no está advirtiéndolo (Kornberg, 2013). Ella contaba su historia, el Lic. L descubría que en esa historia pasaron cosas relevantes, entonces le preguntaba “(...) *¿Cómo hizo? Debe haber sido difícil con los chicos chiquitos (...)*”.

Entonces, el terapeuta remarca recursos, presuponiendo soluciones, va creando una realidad donde la persona siente que tiene una mochila de problemas pero también tiene una mochila de estrategias (Kornberg, 2013), esto se puede observar en la entrevista de admisión cuando L presupone la capacidad anterior que de la señora en el pasado:

L: -“*¿O sea que para usted esa separación implicó salir a pelearla, a lucharla digamos?*”

R: -“*Si, sí ¡Ay me emociona! Hace tanto que no hablo así... (...)*”.

L: - “*Digamos que eso habla de sus fortalezas y como Ud. En un momento durísimo, tuvo que sacar fuerzas por ahí de donde no tenía o quizás de donde no sabía que tenía para pelearla de ese modo*”.

A modo de ejemplo, el terapeuta L, agregaba refiriéndose a la idea de recurso de Neipp López y colaboradores (2016):

“(...) *supongamos que se trata de un paciente impulsivo:*

Paciente: - Esta semana lo recontra insulté, 40 veces.

Terapeuta: - ¿Todas las veces que hablaste lo insultaste?´.

Paciente: - No, hubo una vez que no.

Terapeuta: - ¿Cómo hiciste ahí para no insultarlo?´

Se busca de esa manera el recurso. Porque en las 40 veces que lo insultó probablemente no podemos hacer nada, pero lo interesante es ver si hubo recursos que se hicieron presentes, si hubo veces en las que logró una solución”.

Como pregunta central, se analizó como se implementa la PC en el marco de una sesión y qué se busca con ella. Tanto la Lic. F como L sostuvieron que la PC se implementa desde el comienzo, que es el modo de preguntar en sí. La PC no se introduce como elemento externo en la sesión, si no que se concibe a la PC como una forma de pensar la entrevista terapéutica o la PC como un tipo de pregunta dentro de un conjunto, en donde es subsidiaria de la idea que la conversación terapéutica no es para indagar o transmitir información (Kornberg, 2013). Es para que la conversación cree realidades diferentes. Esto a veces sucede con una PC y otras con reflejar empáticamente, en la entrevista de admisión esto se observa claramente cuando el Lic. L afirma *“O sea que si entiendo bien, este último año, año y medio han sido una cantidad de cambios enormes para usted. Si no se me escapa ninguno: jubilación, la reaparición de su ex y el papá de sus hijos, que no queda claro si es tan ex o no es tan ex ya; la disolución de ese vínculo de pareja de 18 años y la ida de su hija. Todo eso junto ¿Mucho, no? ¿Cómo se siente usted al respecto?´*. Igualmente, cuando la paciente R hablaba de que su hija era competente, el terapeuta reafirmaba *“Claro, como la mamá”*, no estaba preguntando, sino afirmando, suponiendo. La consultante se siente muy orgullosa, eso crea una realidad de *“Soy una persona poderosa, tengo una hija poderosa”*. No fue una pregunta pero es parte de la misma filosofía, se piensa que la conversación transmite información.

El Dr. M remarcaba que frente a la PC, lo que se espera es una respuesta constructiva, el par adyacente al que referían McGee y colaboradores (2005). Gracias a

esa respuesta, que no es algo que el paciente hubiera dicho directamente, la persona pasa a tener una visión del problema o de sí mismo, diferente a la que tenía cuando entró a la sesión. El mismo expresaba “(...) *se busca que el paciente salga con esa sensación, de ‘Que buena que estuvo la sesión’, ‘Las cosas no son como pensaba, son mejores de lo que yo pensaba’, ‘Yo puedo hacer esto’*”. Pero capaz no dijiste nada, hiciste sólo preguntas, las respuestas te dan la razón. Con lo cual es una forma de empoderar mucho al consultante, porque en realidad él dio la respuesta, él dijo ‘Yo puedo’”.

Se preguntó a los profesionales cuál era la PC más útil según ellos. La pregunta que se destaca es la que representa a la TCS, concordando con Kornberg (2013), la pregunta de la excepción en primer lugar y, en segundo lugar, la pregunta del milagro. El psiquiatra J aclaraba:

“La pregunta del milagro en general funciona, es buena. Pero en la medida que pones la lupa en las conductas de tu consultante vas a encontrar detalles y lo llevas para ese lado, van a encontrar juntos una buena cantidad de veces, la excepción. Si él no está pudiendo tocar el violín adecuadamente, pero cada tanto le sale bien, esa sería la excepción, y hay que remarcar eso. Esa pregunta por la excepción es casi inevitable, por lo menos para mí”

Igualmente, el Dr. M consideró que preguntar a la gente cómo logró ciertas cosas en el pasado, sin importar de qué se trate, es muy habitual en este modelo. Cuando el terapeuta pregunta inocentemente, la persona, naturalmente, habla sobre sus recursos.

Un ejemplo de la idea de excepción se da cuando el terapeuta L sostiene: “(...) *es interesante, digamos, que lamentablemente se dieron esos obstáculos pero es interesante que usted los haya salteado hasta llegar aquí. Hay un aspecto luchado en su carácter*” a lo que la paciente R responde: “*Si, si toda mi vida lo hago así. Hasta que no consigo las cosas doy vuelta, vuelta, vuelta.*”

Era importante para este trabajo, definir qué se considera cambio y cuál es la postura que el profesional debe tomar frente a este. El Lic. L sostuvo que, en principio, cambio es lo que el paciente considere cambio. Primero, se debe escuchar lo que dice el paciente, si la

persona dice algo así como, *“Mi objetivo es ser feliz”*, el terapeuta deberá evaluar cuál sería el camino a una meta más realizable y concreta. El profesional, frente al cambio tiene que ser totalmente indiferente, es decir, cuando un paciente tiene diversos cursos de acción por delante, y el terapeuta siente que uno es el mejor, tenderá a guiar al consultante para un camino determinado, y eso, en general, quita maniobrabilidad. Entonces, el terapeuta debe dejar que el paciente tome el rumbo que desea. Si el terapeuta se pone juicioso, sus intervenciones van a estar sesgadas (Watzlawic et al., 1992). Para concluir expresó:

“Me parece que la postura frente al cambio es tener siempre presente que el paciente es el que elige y no siempre va a elegir en concordancia con lo que a nosotros nos parece mejor y eso es difícil de digerir, racionalmente es fácil de entender pero en la práctica es muy complejo”.

Acordando con lo dicho por el Lic. L, F opinaba *“El terapeuta no debe entusiasmarse frente al cambio o la posibilidad de cambio. Sino que deber estar atento al estado del paciente, y promulgar que el cambio sea efectivo y duradero”* coincidiendo con los propuesto por Miller y Rollnick (2002), los cuales consideraron que el terapeuta frente al cambio debe adoptar una postura neutral y con Kornberg (2013), el cual sostuvo que el paciente es un sujeto de cambio. Por otro lado, el psiquiatra J tuvo una mirada muy centrada en la solución cuando expresaba *“El modelo considera que todo el mundo ya está cambiando cuando viene a la consulta, así que prácticamente es poner la lupa y encontrar donde está funcionando y resaltarlo, apoyarlo, digamos, inducirlo por ese lado”* esto refiere al pre cambio del que habla Beyebach (2012).

Con una perspectiva más constructiva, acordando con la teoría propuesta por McGee y colaboradores (2005), el Dr. M sostuvo que el terapeuta define el problema junto con el paciente, parte de la base de que el terapeuta no tiene la verdad. El modelo médico dice si el paciente está curado o no, con una mirada sintomatológica. En cambio, este modelo considera que en el paciente se produjo un cambio cuando ambos están de acuerdo en esto. Por supuesto, el paciente tiende a ver cambios, a tener expectativas desmedidas, podría pasar que el cambio esperado sea *ser feliz*, o sea, cuestiones a veces utópicas o irrealizables. Entonces, el terapeuta constructivo deberá ayudarlo a diferenciar una cosa de otra, el cambio posible del cambio imaginado.

Durante las entrevistas a los profesionales se indagó sobre cómo es el proceso por el cual se co-construye la meta del tratamiento y si esto necesariamente significa hablar del problema. A esto, la Lic. F expresaba que la meta puede ser un paso para identificar el problema. A través de lo que se le pregunta al paciente él va definiendo su problema. A su vez, el Dr. M sostuvo que *“(...) en realidad uno guía a la persona, porque a veces la meta que pretende está muy lejos, la guías a una meta más cercana”*. Siguiendo lo que propuso M, el psiquiatra J, siguiendo con la idea de Neipp López y colaboradores (2016), consideró que si la meta es centrada en la solución, puedes evitar hablar del problema y la meta probablemente va a ser resaltar e inducir a que el consultante siga por ese lado donde las cosas funcionan.

En referencia a la entrevista de admisión, en un momento la paciente dice querer salir de su casa pero que tiene distintos miedos, y el Lic. L le preguntó *“(...) ¿Usted quiere no tener miedo o salir a pesar de tener miedo?”* a lo que ella responde, *“Bueno, salir aunque tenga miedo y después dejar de tener miedo”*. El profesional concluyó diciendo *“De eso no nos hacemos responsables”*. La consultante ríe, la conversación sigue. Entonces, la meta de tratamiento se pudo construir de una manera consensuada y explícita, esto concuerda con la idea de co-construcción de la que hablan Trepper y colaboradores (2010). Una forma válida de preguntarlo podría ser *“¿Cuál sería su meta para el tratamiento?”* otras veces la meta del tratamiento se va construyendo a lo largo de las conversaciones sin preguntarlo directamente, probablemente usando la ironía o el humor. Esto concuerda con la espontaneidad de la conversación terapéutica que plantea Kornberg (2013) y la utilidad de la PC en la construcción de la meta de la que hablan Neipp López y colaboradores (2016).

A veces, agregó el terapeuta L, los pacientes son muy prolijos, organizados, en una minoría, a los cuales se les puede preguntar sobre la meta directamente como lo hace el Lic. L:

L: *-“Cuando imaginó que venía acá, usted ya tiene un recorrido en terapia y ha sido exitoso. ¿De qué manera siente que la terapia la podía ayudar en eso?”*

R: - *“Bueno en tratar de bancarme los miedos, si bien no se pueden eliminar, tratar de bancarlos lo mejor posible. Quizás rehacer mi vida con los miedos o sin los miedos”.*

L: - *“Bien. Por ahí yo sé que lo que le pregunto es un poquito específico, quizás me lo puedas contestar hoy quizás sea algo a intentar con el terapeuta ¿De qué manera cree que el terapeuta la puede ayudar en eso?”.*

R: - *“Y en, bueno ayudarme a reforzarme a mí, que sea más fuerte como persona”.*

Aunque, la mayoría de las veces la gente no tiene la concepción de que una terapia tiene que tener una meta o el paciente tiene metas como *ser feliz, encontrarme a mí mismo, saber cuál es mi misión*. Entonces, con la PC se va armando una meta razonable, *“¿Qué sería sentirte feliz?, ¿Te sentiste feliz alguna vez?, ¿Cómo era?, La felicidad es una construcción, ¿Que granito de arena podría sumar la terapia en esa construcción de la felicidad?”* (Neipp López et al., 2016). Este modelo según Kornberg (2013), intenta no quedarse en lo psicopatológico, indaga en lo interpersonal, lo histórico, tiene múltiples ejes.

El psiquiatra J remarcaba, que de Shazer (1988, 1989) y algunos autores posteriores a él tenían como un prurito de no hablar del problema, que prácticamente no mencionaban la palabra. Tienen una perspectiva de ir en mira de la excepción y las veces que las cosas funcionan. Tanto la Lic. F, como L y el Dr. M concuerdan con el planteo de de Shazer, pero no en la idea de nunca indagar sobre el problema. EL Dr. M sostuvo que:

“(...) a veces es bueno hablar del problema y definirlo, en otros casos no, depende mucho del consultante. Hay pacientes que no les agrada que el terapeuta trate de definir un problema, no lo aceptan y es mejor hablar de las soluciones. Por otro lado, hay gente que prefiere tener claro cuál es el problema para ver cuál es la solución”.

5.3. El efecto de las preguntas constructivas en el marco de la terapia desde la mirada del terapeuta.

Se indagó en cómo los profesionales evaluaban el efecto de las PC en el marco de la sesión. El terapeuta L consideró que hay un efecto inmediato (de Shazer et al., 1988), que

es la comunicación verbal y no-verbal, que es lo que le pasa al otro. Luego, un efecto mediato (Shields et al., 1991), es básicamente lo que le pasa a la gente a lo largo del tratamiento. En cambio, el psiquiatra J sostuvo que el efecto lo mide en la medida que se consiguen acuerdos con el consultante. Si las dos partes coinciden en que algo es positivo, el profesional corrobora que están en sintonía con las cosas que son buenas, con las cosas que funcionan y las cosas que no (Fernández García et al., 2006). Tanto la Lic. F como el Dr. M, concordaron que la respuesta que refiere a posibilidades, recursos y visión al futuro, es lo que denota el efecto positivo de la PC (de Shazer & Berg, 1997) esto se ve plasmado en el siguiente recorte de la entrevista de admisión:

L: - *“Si no pensara en los miedos ¿En qué cree que pensaría?”*.

R: - *“Y bueno en cosas lindas”*.

L: - *“¿Cómo cuáles?”*

R: - *“Hoy tendría que pensar que mi hija en EEUU está feliz, que mi hijo puede llegar a estar mejor en lo que él está haciendo. Después proyectar en todo lo que sea allá con mi hija porque quiero ir a verla, quiero ir allá y traer ropa para vender y seguir ocupándome de hacer cosas, porque yo hacía eso también”*.

Sumado a que el paciente se muestra con mayor entendimiento, más activo, empático y colaborativo (McGee, 1999; 2005). En cambio, si la PC constructiva no logra un efecto positivo, se expresaría a modo de imposibilidades, de pasado, patología y déficit.

En cuanto al proceder en caso de que la intervención fuera rechazada, los profesionales dieron respuestas variadas. El Lic. L sostuvo que la pregunta no debería ser rechazada y funciona, salvo que se trate de un paciente con una patología severa, con lo cual se estaría hablando de un paciente que no está apto para la psicoterapia. Agregó que el modelo construccionista genera muchísimos menores niveles de resistencia que un modelo cognitivo conductual más directivo, de acuerdo con lo dicho por McGee (1999; 2005). De todas maneras, si el paciente lo rechaza, tampoco significa un problema. Lo importante es que el terapeuta esté atento a lo que pasa, la realidad de la entrevista se analiza todo el tiempo.

El terapeuta L en un momento de la entrevista de admisión fue rebotado por la paciente, él expresó “(...) *O sea que la terapia anterior fue por problemas de pareja, la otra también, ¿y esto un poco también no?*” a lo que ella contestó “*No no, igual los miedos venían de antes*” entonces el profesional tuvo que reacomodarse. A pesar de que el por qué ahora era por problemas de pareja, ella no adhirió a la idea de que el problema de pareja estaba detrás de la consulta. Entonces concluye, diciendo que ninguna entrevista es perfecta. Si el terapeuta frente al rebote recalcula o frente al rebote él insiste, se pone demasiado enfático, genera resistencia en el paciente.

Distinto a lo dicho por los Lic. F y L, el Dr. M sostuvo que no se hace una PC desde el comienzo, porque va a ser rechazada. Remarcó que el terapeuta debe esperar que el problema se haya definido de alguna manera, por lo menos la expresión del malestar. Luego esperar que el paciente se haya sentido entendido como propone Friedman (1996). Por último, se espera la oportunidad para preguntar y se aguarda la respuesta. Si no se logra lo esperado, simplemente es una oportunidad que por un motivo no funcionó, se intentará otra intervención cuando se presente el momento.

Igualmente, M consideraba que la PC, como es una pregunta no rebota, siempre y cuando esté bien formulada. Simplemente se está preguntando, no es ningún truco, no debería generar rechazo por parte del consultante. Si esto ocurre, tal vez, se preguntó de manera incorrecta, a destiempo o no se eligieron bien las palabras. El profesional se está basando en algo que cree en ese momento, puede servir como una intervención constructiva. Se supone que cuanto más experiencia tiene un terapeuta en este tipo de modelos, menos rebote hay. Igualmente, este tipo de técnica al ser indirecta, no genera el impacto negativo que provocaría una intervención directa rechazada (Hirsch & Casabianca, 2009).

Con una mirada diferente a los demás profesionales, el psiquiatra J consideraba que cuando una PC es rebotada, se aprende a que ese tipo de preguntas no hay que hacerlas a esa persona. Tal vez se debe explorar otras alternativas, quizás con mayor cuidado de no intervenir tan directamente, el profesional va haciendo aproximaciones.

En cuanto a la contribución de la PC al cambio, los profesionales estuvieron de acuerdo en que es fundamental. La Lic. F expresó que contribuye al cambio en cuanto a que el paciente se siente más entendido, con una postura activa y con la sensación de que tiene el control (Friedman, 1996). El Lic. L sostuvo que básicamente lo que hace es crear realidades diferentes o un ángulo de visión distinta para la misma situación coincidiendo con lo dicho por Espina Barrio y Cáceres Pereira (1999). Entonces, eso abre otras posibilidades subjetivas. En los modelos más directivos, la única posibilidad de cambio es que el terapeuta le de herramientas al paciente, este no cambia si no se le enseña.

En el modelo construccionista se conversa con el paciente, en la entrevista con la paciente R el terapeuta no le dio ninguna técnica de cómo manejar los miedos, pero sí trata de mostrarle a la paciente que esta posee los recursos para afrontar su situación, en especial sus miedos *“Algunas terapias son como un recordatorio. Usted me viene a decir ‘me está costando hacer ciertas cosas’, ‘ los miedos me están limitando’ y al mismo tiempo nos cuenta una historia de batallas, de problemas, de pozos oscuros y profundos, que a usted en el momento y en el corto plazo la derribaron pero no del todo. Entonces no sé si tenemos mucho, quizás no tenemos nada para enseñarle nuevo, si quizás la podamos ayudar a recordar un poquito”* (Miller & Rollick, 2002). Por último, el Dr. M consideró que la PC contribuye al cambio, en cuanto a que genera menos resistencia que una intervención directa. En esto ayuda también, neutralidad en posición al cambio por parte del profesional (Friedman, 1996).

Se preguntó a los profesionales, cómo influye este tipo de intervención en la relación terapéutica. El Dr. M consideró que quizás no influya tanto. Ya que este es un modelo que en realidad trata de transmitir al paciente, *“Yo no hice tanto por vos, en realidad te ayudé a lo sumo a charlar un rato y que te des cuenta de tus posibilidades”*. Es un tipo de modelo que no genera dependencia del terapeuta, más bien genera independencia (Trepper et al., 2010). El consultante tiene recursos y el profesional solo lo ayuda a descubrirlos (Beyebach, 2014).

A diferencia de M, los Lic. L y F como también el psiquiatra J coincidieron en que este tipo de intervención tiene mucha incidencia en la relación terapéutica, en la cual se genera un buen vínculo donde el paciente se siente entendido y validado (Friedman, 1996),

el psiquiatra J expresó: “(...) en la medida que se está hablando un lenguaje parecido, y la persona se siente comprendida, en general, se promueve la empatía y con eso hay una buena parte del terreno ganado (...)”. Según el Lic. L, primero se presupone un terapeuta atento y curioso, que está buscando tener otra mirada del asunto con los recursos que se dispone y eso a la gente le entusiasma porque ven a un profesional interesado. Segundo, es un enfoque más empático del que habla Capó (1982), el cual genera menos resistencia (Hirsch & Casabianca, 2009).

El terapeuta L se muestra interesado por la historia de vida de la señora y por su lucha, entonces expresa: “(...) si entiendo bien, este último año, año y medio han sido una cantidad de cambios enormes para usted. Si no se me escapa ninguno: jubilación, la reaparición de su ex el papá de sus hijos, que no queda claro si es tan ex o no es tan ex ya, la disolución de ese vínculo de pareja de 18 años y la ida de su hija. Todo eso junto ¿Mucho, no? ¿Cómo se siente usted al respecto?” obteniendo una respuesta muy positiva por parte de la paciente R: “Me lo estás haciendo ver vos porque no...es como que fueron trascendiendo las cosas y me agarro una angustia así, vos me lo estás haciendo notar. Lo de mi hija me encanta, me encanta porque ella es feliz allá y que tiene lo mejor, también sé que se me va. Lo de mi ex fue una gratificación de que él haya venido y me pida perdón, como mujer, me sentí lo más...” y el terapeuta cierra afirmando “Fue una reivindicación” dando a entender a la consultante que el comprendía como ella se sentía.

Los profesionales opinaron por qué creen que funciona esta intervención y que la hace útil, coincidiendo con lo expuesto por Fernández García y colaboradores (2006). El psiquiatra J sostuvo que cree que es útil en cuanto a que se está desarrollando un lenguaje en común con quien consulta. En general eso tiende a guiar al profesional por buen camino. Se da la misma dinámica de cuando dos personas se comienzan a entender, una vez que armaron una base en común. Cuando se habla de co-constructividad refiere a tomar el lenguaje del paciente. Por otro lado, el Dr. M consideró que la intervención funciona porque las personas tienen recursos, capacidad para resolver sus problemas, porque la naturaleza del humano es la autonomía y buscar las posibilidades. Por último, la Lic. F agregó que considera que es útil porque se pone al paciente en un lugar activo de definir su propio problema, pensar sus soluciones sin que se le diga qué hacer, es un modo validante.

6. Conclusiones

El presente trabajo final integrador procuró describir el uso de las PC como intervención terapéutica desde el modelo centrado en soluciones, trabajado en una institución de orientación sistémica. Para esto se indagó en cómo los terapeutas implementan este tipo de intervención en el marco de una sesión, se describió cómo es el entrenamiento de terapeutas en la utilización de esta técnica y el efecto de las PC en el marco de la terapia desde la mirada del terapeuta.

Se hace referencia a las PC, aquellas que sirven a modo de intervención, son las que transmiten un mensaje más allá de recabar información. Tienen como fin desarrollar en el paciente respuestas que apunten a sus opciones y recursos propios, tarea que propone la teoría que se desprende de la TCS.

Este trabajo radicó, en primer lugar, en hacer un recabado de información sobre la PC a través de entrevistas semi-estructuradas a profesionales que forman parte de la institución. En segundo lugar, se ejemplificó la temática con una entrevista de admisión. Asimismo, las observaciones no participante en cámara Gesell a lo largo de la práctica en la institución, durante nueve meses aproximadamente, tanto grupales como individuales; y de entrevistas videograbadas contribuyeron a la recolección de información y dieron una idea más acabada de cómo aplicar la PC como intervención en la terapia. El disparador del tema de este trabajo fue el taller de PC dictado por el licenciado M, el cual forma parte de la institución donde se realizó la práctica.

La práctica en la institución significó adquirir una gran cantidad de conocimiento. En primer lugar, la sistematización con la que trabajan es una herramienta importante para el futuro profesional, ayuda a comprender mejor el manejo de la terapia y a introducirse en el ámbito de la salud mental, con todo lo que ello implica. Segundo, la práctica es sinónimo de un primer acercamiento al paciente. En tercer lugar, desde los profesionales que trabajan allí hubo mucho apoyo y contención, siempre brindando todo el conocimiento necesario, permitiendo la participación de los pasantes en las actividades y dándoles voz en las supervisiones y reuniones de equipo. Asimismo, siempre estuvieron dispuestos a brindar la bibliografía necesaria y ayudar cuando fuera necesario. Por último, es importante

destacar que la institución brindó la posibilidad de que los alumnos pasantes continuaran concurriendo a la institución, incluso luego de concluida la práctica profesional.

En cuanto al primer objetivo planteado en este trabajo, sobre el entrenamiento de terapeutas en la utilización de preguntas constructivas en un taller de formación, a pesar de que se contó con mucha bibliografía sobre la TCS y la PC, se puede concluir que no se logró la recolección de información que se esperaba en cuanto al taller de PC. Esto es en consecuencia de que es algo novedoso, muy específico y no se cuenta con mucha bibliografía sobre el tema. Asimismo, se localizó teoría sobre autores del modelo centrado en la solución, que proponían talleres similares al concurrido en la práctica, para entrenar terapeutas en diferentes técnicas. Kim (2013), propone un esquema muy similar al propuesto por Kornberg (2013), a pesar de tratarse de una formación más general, sobre TCS. A su vez, McGee y colaboradores (2005) presentan un método con el fin de analizar meticulosamente la forma en que las preguntas trabajan en sesión, o sea, para estudiar el patrón de comunicación y la manera en que este funciona.

De la misma manera, nuevas corrientes de psicoterapia han visto la utilidad de entrenar terapeutas. Proponen un entrenamiento desde una perspectiva que apunta a la práctica y como el profesional debe desenvolverse en la sesión frente al paciente. La experiencia se logra a través de la preparación en las técnicas, del estudio meticuloso de los presupuestos básicos, y la supervisión al terapeuta en formación al menos durante un periodo al inicio de su carrera hecha por un psicólogo experimentado (Morejón, 2004).

En síntesis, este objetivo intentó, por un lado, describir al terapeuta centrado en una solución. Los profesionales sostuvieron que lo consideran una persona con gran empatía, que ve y entiende el mundo tal como lo ve el paciente, tiene la idea de recurso siempre presente. Asimismo, debe contar con una buena formación técnica y tener el *timing* para saber cuándo intervenir (Morejón, 2004). Al ser un terapeuta constructivo, implica que hay una relación donde se co-construye con el paciente (Friedman, 1996). Pero como sostiene Morejón (2004), esto es complejo por lo tanto requiere modificar la manera de pensar del terapeuta, mucho tiempo de entrenamiento y supervisión.

De los profesionales entrevistados, solo la Lic. F había recibido entrenamiento en el taller de PC, los demás no habían recibido una formación formal en la técnica. Asimismo,

estuvieron de acuerdo con que la forma más efectiva de incorporar una técnica es la práctica y la lectura de la bibliografía, la observación de expertos aplicando la técnica, grabar las sesiones y resaltaron la importancia de supervisar los casos y trabajar en cámara Gesell (Morejón, 2004).

En referencia a adoptar la actitud enfocada en las soluciones (Friedman, 1996), remarcaron la importancia de que el terapeuta tenga un registro y la noción de recurso presente. El terapeuta tiene que conocer que es lo que el paciente considera como problema, pero sin perder de vista la noción de recurso. Siempre considerando que tal vez el problema no tenga solución (de Shazer 1988; 1991).

El segundo objetivo se cumplió ampliamente, tanto la observación no participante como lo expresado por los profesionales, los cuales adhirieron a lo dicho por los autores citados en este trabajo, fueron un gran instrumento para despejar los interrogantes que se plantearon. Se intentó explicar de manera clara cómo se aborda la implementación de la PC en el marco de la sesión terapéutica. Para esto, la investigadora observó sesiones en cámara Gesell, supervisiones de terapeutas y admisiones. Además se realizaron entrevistas a profesionales para que expusieran la forma de llevar a cabo esta intervención. También se ejemplificó con una entrevista de admisión observada durante la práctica.

Los profesionales acordaron que la estrategia para trabajar con la técnica de la PC se basa en buscar recursos y amplificar esas veces en que el paciente logró que el problema no se haga presente (Kornberg, 2013). En referencia a como se aplica la PC en el marco de una sesión y qué se busca con ella, sostuvieron que es el modo de preguntar del modelo. Se concibe a la PC como una forma de pensar la entrevista terapéutica, no como una técnica para solo indagar o transmitir información (Kornberg, 2013). Lo que se espera de la PC es una respuesta constructiva, el par adyacente al que referían McGee y colaboradores (2005). Como consecuencia a esa respuesta, el consultante logra una visión del problema o de sí mismo, diferente a la que tenía cuando entró a la sesión.

Los profesionales estuvieron de acuerdo con que la PC más útil es, en primer lugar, la que indaga sobre la excepción, y en segundo lugar, la pregunta del milagro. Preguntar a la gente cómo logró ciertas cosas en el pasado, sin importar de qué se trate, es muy habitual

en este modelo y la pregunta del milagro es ampliamente utilizada en el modelo sistémico en general (Kornberg, 2013).

En cuanto a la definición de cambio y cuál es la postura que el profesional debe tomar frente a este. Los profesionales concordaron que es lo que paciente y el profesional co-construyan como idea de cambio, que acuerden que significa cambio en esa relación terapéutica. Refiriendo a la postura frente al cambio, el profesional que debe ser totalmente indiferente, manteniendo la neutralidad (Miller & Rollnick, 2002) y pensando al consultante como sujeto de cambio (Kornberg, 2013).

De acuerdo a la co-construcción de la meta del tratamiento, los entrevistados coincidieron en que no es necesario hablar del problema, sino que lo es importante buscar excepciones y recursos del paciente (Neipp López et al., 2016). La meta de tratamiento se puede construir de una manera consensuada y explícita (Trepper et al., 2010) o de manera implícita, construyéndola a lo largo de las conversaciones sin preguntarlo directamente. Muchos pacientes no tienen el conocimiento de que en terapia tiene que haber una meta o si tiene ese conocimiento, tal vez la meta es demasiado abstracta y utópica. Entonces, es trabajo del profesional ayudarlo a construir una meta razonable (Neipp López et al., 2016).

El tercer objetivo consistió en describir como el terapeuta evalúa el efecto de las PC en el marco de la terapia. Con este objetivo, se concluye que existen diversas maneras de evaluar el resultado que produce la PC. La pauta de que la intervención logró lo esperado siempre va a residir en la respuesta que dé el consultante (Kornberg, 2013).

Los entrevistados consideraron que hay un efecto inmediato, que es la comunicación verbal y no-verbal, y un efecto mediato, que es básicamente lo que sucede entre sesión y sesión. Otra manera de medir el efecto es considerando en qué medida se acuerda con el paciente. En general, los profesionales sostuvieron que se medie el efecto en cuanto la respuesta refiera a posibilidades, recursos y visión al futuro (De Shazer & Berg, 1997) y a un consultante que entiende, es más activo, empático y colaborativo (McGee, 1999; 2005). En contraposición, si la pregunta no genera el efecto deseado, es posible que se exprese como imposibilidades, de pasado, patología y déficit.

Otra posibilidad es que la intervención sea rechazada. Esto no es lo que sucede normalmente, ya que la intervención constructiva genera menores niveles de resistencia que los modelos más directivos (McGee, 1999; 2005). Si esto sucede, tal vez se preguntó de manera incorrecta, no se consideró el *timing* o no se seleccionaron las palabras correctas. Para que la PC no sea rechazada, es de mucha importancia esperar que el problema se haya definido y que el paciente se sienta comprendido (Friedman, 1996). Asimismo, a mayor experiencia del profesional, menos rebote hay. Igualmente, este tipo de técnica al ser indirecta, no genera el impacto negativo que provocaría una intervención directa rechazada (Hirsch & Casabianca, 2009).

En cuanto a la contribución de la PC al cambio, en general, los profesionales estuvieron de acuerdo en que es un factor fundamental. Esto se refleja en un consultante que se siente comprendido, su postura es activa y tiene sensación de control sobre sus recursos (Friedman, 1996). La PC contribuye al cambio en la medida que se crean realidades diferentes o perspectivas distintas para la misma situación (Barrio & Cáceres Pereira, 1999), genera menos resistencia que una intervención directa, como también lo hace la neutralidad que toma el profesional frente al cambio, dándole el control al paciente (Friedman, 1996).

Por un lado, la opinión es que la PC no interviene en la relación terapéutica, ya que se trata de un modelo que no genera dependencia al terapeuta. El profesional simplemente guía al consultante a descubrir sus recursos propios (Beyebach, 2014). Otros en cambio, coincidieron en que tiene mucha incidencia en la relación terapéutica, generando una buena alianza (Friedman, 1996). Sostuvieron en la medida en que se habla un lenguaje común y el paciente se siente comprendido, se obtiene una relación muy empática (Capó, 1982).

Los entrevistados acordaron que esta intervención funciona y es útil, en cuanto a que se desarrolla un lenguaje en común con el consultante, la co-construcción a la que refiere este modelo. Esta intervención funciona ya que los pacientes poseen recursos y son capaces de resolver sus dilemas y de alguna manera válida al consultante.

En cuanto a las limitaciones y fallas que se hicieron presentes en este trabajo, se puede mencionar: (a) El factor tiempo contribuyó a limitar la calidad del trabajo ya que se podría haber trabajado más bibliografía y más en profundidad la entrevista de admisión. (b) En cuanto a la institución, el acceso fue limitado a algunas supervisiones, reuniones de grupos y cámaras Gesell, hubo cámaras con expertos de la institución, que podrían haber sido de mucha ayuda, que por una cuestión de falta de espacio, los pasantes no tenían permitido asistir. (c) En cuanto a la metodología, hubo limitaciones referidas a la inexperiencia de la autora para administrar entrevistas a expertos. (d) En referencia a los participantes, hubiera sido enriquecedor e ilustrativo para el trabajo analizar un caso donde se aplique la PC y ver como es el transcurso del tratamiento desde el modelo centrado en la solución, en lugar de recolectar datos mediante entrevistas a profesionales. (e) Los instrumentos no significaron una limitación, sino tal vez la inexperiencia en entrevistas antes mencionada que tiene como consecuencia, que los datos recolectados puedan no responder como se esperaba.

Desde la perspectiva crítica al modelo, se concluye que la TCS puede tener algunas limitaciones. (a) Presenta un formato de pregunta estándar que no toma tan en cuenta la singularidad del paciente (Kornberg, 2013) como tampoco se explican por qué en muchas ocasiones el par adyacente no se hace presente. (b) El modo de intervención considera un consultante que puede describir un problema determinado y que esté dispuesto al cambio (Tohn & Oshlag, 1996). (c) Es probable que tenga mejor efecto en problemáticas personales pero no tanto en las que son interpersonales (Estrada, Beyebach & Herrero de Vega, 2006). (d) Este modelo tampoco toma en cuenta al paciente resistente o crónico, con patologías severas como por ejemplo con esquizofrenia. Con esto se hace referencia a que el paciente puede no adherir a este tipo de tratamiento. (e) No se contempla que pueda existir cierto rechazo por parte del consultante a un modelo que pretende no hablar del problema o que el tipo de intervención de esta terapia no se adapte al estilo del consultante (Tohn & Oshlag, 1996). (f) Varios escritos sobre este modelo dan cuenta que las investigaciones realizadas en esta área son pocas, algo sesgadas y que las muestras pueden no estar bien descritas, son pequeñas y presentan falta de aleatoriedad (Estrada, Beyebach & Herrero de Vega, 2006). (g) Además, el éxito del tratamiento se atribuye exclusivamente

a la TCS, pero no hay datos que apoyen esta información (Estrada, Beyebach & Herrero de Vega, 2006).

De este trabajo se desprende que es de suma importancia para el ejercicio profesional de la psicología y la psiquiatría, que los profesionales realicen entrenamiento durante la formación académica y luego de concluir la carrera de grado. Asimismo, son sumamente importantes las supervisiones regulares y el trabajo en cámara Gesell, el cual es muy enriquecedor para el profesional. La supervisión no solo significa un trabajo terapéutico más profesional y ético, sino que contribuye a la persona del terapeuta, el cual debe poder abrir el ámbito de su consultorio a otros profesionales, recibir críticas y estar predispuesto a absorber otras perspectivas distintas a las que puede llegar a tener el profesional que supervisa, quedarse con la propia mirada de la situación y no considerar que hay otras posibilidades, sesga mucho el trabajo terapéutico.

En función de los datos obtenidos, se desprende a modo de aporte personal, que sería interesante y muy enriquecedor, la creación de talleres de práctica terapéutica de diferentes corrientes que formen parte del diseño curricular de la carrera de psicología. Por ejemplo, formando parte del plan de modelos y teorías I, III, IV y V. Durante la cursada de la carrera en la Universidad de Palermo, los únicos planes de materias que incluyeron prácticas en cuanto a la sesión terapéutica en sí misma, fueron Modelos y Teorías II y Herramientas, donde se estudiaba la dinámica de la sesión terapéutica, la conversación, las cuales incluyeron *role playing* para que los alumnos practicasen una sesión, situaciones u obstáculos que se podrían presentar en una consulta y técnicas específicas del modelo. Considerando lo descrito en este trabajo, se destaca la importancia del entrenamiento de los futuros terapeutas en la práctica profesional, aunque esta sea a modo de simulacro por la limitación que significa la habilitación profesional, que no permite el trabajo con pacientes si el profesional no está matriculado.

En cuanto a la técnica del modelo centrado en la solución tratada en este trabajo, puede resultar interesante verla aplicada en otros modelos, ya que presenta esa característica de adaptarse al tratamiento de cualquier modelo. Asimismo, sería muy útil y rico, el empleo de los conceptos básicos de la TCS, de sus principios centrales (empatía,

co-construcción, recursos, visión a futuro, excepciones, concepción de cambio, etc.) a otros ámbitos como por ejemplo el educativo o la salud en general.

La pregunta que se desprende de este trabajo refiere a cómo es la dinámica del modelo centrado en la solución y el uso de la PC en casos donde los pacientes presentan patologías severas. Amén de que las técnicas están pensadas para trabajar con todo tipo de consultantes, en la práctica la TCS solo se observó aplicada a pacientes sin disfunciones, que no representan ninguna patología. Asimismo, sería pertinente ver el efecto y la utilidad de la implementación de la PC en el tratamiento en pacientes con disfuncionalidades graves y crónicas, los cuales podrían ser muy inflexibles y poco dispuestos al cambio.

7. Referencias bibliográficas

- Beyebach, M. (1999). *Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. Intervención y prevención en salud mental*. Salamanca: Amarú.
- Beyebach, M., & Rodríguez Morejón, A. (1995). El ciclo evolutivo familiar: Crisis Evolutivas. En Espina, A.; Pumar, B. & Garrido, M. (Ed.), *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar* (pp. 57-89). Valencia: Promolibro.
- Beyebach, M. (2012). *El modelo centrado en soluciones en la orientación escolar*, 28, 5-10. Burgos: ACLPPinforma
- Beyebach, M. (2014, en prensa). La terapia familiar breve centrada en soluciones. En Alicia Moreno (Ed.), *Modelos de Terapia Familiar* (pp. 449-480). Comillas: Universidad Pontificia de Comilla.
- Capó, J.S. (1982). Entrevista con C. Rogers. Congreso Nacional de Psicología Humanística. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 10, 58-63. Barcelona. Recuperado de: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/educacio/archives/Educacio/i_Cultu/ra_1982v/3p185.dir/Educacio_i_Cultura_1982v3p185.pdf
- Cade, B., & O'Hanlon, W. (1995). *Guía Breve de la Terapia Breve*. Barcelona: Paidós.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1989). *Claves para la solución en Terapia Breve*. Buenos Aires: Paidós.

de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.

de Shazer, S., & Berg, I.K. (1997). 'What works?' Remarks on Research Aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of family therapy*, 19 (2), 121-124.

de Shazer, S., & Dolan, Y. (2012). *Más de milagros: El estado del arte de la terapia breve centrada en soluciones*. Londres: Routledge

Espina Barrio, J., & Cáceres Pereira, J. L. (1999). Una psicoterapia breve centrada en soluciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19, 23-38.

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

Feixas Viaplana, G; Muñoz Cano, D; Compañ Felipe, V., & Montesano del Campo, A. (2016). *Modelo Sistémico en la Intervención Familiar*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/1/Modelo_Sistematico_2012_2013_r.pdf

Fernández García, R.; Secades Villa, R.; García Montes, J.M.; Fidalgo Aliste, A. M., & Catalán Matamoros, D.J. (2006). Principios básicos del enfoque ericksoniano. *7mo Congreso virtual de psiquiatría de Interpsiquis*.

- Friedman, S. (1996). Couple's therapy: changing conversations. En Rosen, H., & Kuehlwein, K.T. (Ed.), *Constructing realities: meaning making perspectives for psychotherapists* (pp. 413-453). San Francisco: Jossey Bass.
- Gingerich, W.; de Shazer, S., & Weiner Davis, M. (1988). Constructing Change: A research view of interviewing. En Lipchik, E. (Ed.), *Interviewing*. Aspen: Rockville, MD.
- Grant, A. M. (2012). Making positive change: A randomized study comparing solution-focused vs. problem-focused coaching questions. *Journal of Systemic Therapies*, 31(2), 21–35.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erikson*. New York: W. W. Norton.
- Hirsch, H., & Casabianca, R. (2009). *Cómo equivocarse menos en Terapia*. Santa Fe: Universidad Católica Argentina.
- Hoyt, M. F. (2008). Solution- focused couple therapy. En Gurman, A.S. (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 259-298). New York: Guilford Press.
- Kim, J. S. (2013). Solution – focused Therapy treatment Manual for working with Individual. En Kim, J.S. (Ed.), *Solution-focused brief therapy: A multicultural approach*, (pp 14-31). Denver: Universidad de Denver -Sage Publications

- Kornberg, M. (2013). *Eficacia de las Preguntas Constructivas en Psicoterapia Focalizada* (Tesis de doctorado inédita). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing*. New York: The Guilford Press.
- McGee, D. (1999). Constructive questions. *Tesis doctoral*. Department of Psychology, Victoria: University of Victoria.
- McGee, D.; Del Vento, A., & Beavin Bavelas, J. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Family Therapy*, 31, 371-384. Victoria: Universidad de Victoria.
- Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: Alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del psicólogo*, 25(87), 45-53.
- Morejón, A. R., & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En Garrido, M. & García, J (Ed., *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241-290). Valencia: Promolibro
- Neipp López, M. D. C.; Núñez Núñez, R. M., & Martínez González, M. D. C. (2016). Las preguntas como intervención: Preguntas centradas en la solución vs. preguntas centradas en el problema. Estudio piloto en estudiantes de enfermería. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 77-88.

Shields, C.; Sprenkle, D., & Constantine, J. (1991). Anatomy of an initial interview: the Importance of joining and structuring skills. *The American Journal of family therapy, 19*, 3-18.

Tarragona Sáez, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual, 14* (13), 511-532. Distrito Federal: Grupo Campos Elíseos.

Tohn, S.L., & Oshlag, J. A. (1996). Solution-focused therapy with mandated clients: Cooperating with the uncooperative. En Duncan, B. L., Miller, S. D., & Hubble, M. (Ed.), *Handbook of solution-focused brief therapy*, (pp.152-183). San Francisco: Jossey-Bass.

Trepper, T.S.; McCollum, E.E.; De Jong, P.; Korman, H.; Gingerich, W., & Franklin, C. (2010). *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals Research Committee of the Solution Focused Brief Therapy Association*. Santa Fe: Solution Focused Brief Therapy Association.

Villanueva Flores, L. (2015). Terapia centrada en soluciones: Un triángulo equilátero. *Revista de psicología, 9*, (1), 121-125. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Watzlawick, P.; Weakland, J.H., & Fisch, R. (1992). Cambio 2. En *Cambio: formación y soluciones de los problemas humanos*, (pp. 101-116). Barcelona: Editorial Herder.

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

8. Anexos

Entrevista semiestructurada a los profesionales

- ¿Cuál fue tu formación en terapia?
- ¿Cuántos años hace que trabajas en la institución? ¿En qué área lo haces, cuál es tu trabajo?
- ¿Cómo fue tu entrenamiento en la técnica de preguntas constructivas?
- ¿Cómo se incorpora la actitud enfocada en las soluciones en lugar del problema?
- ¿Cuál es la manera más efectiva para entrenar esta técnica?
- ¿Cómo describirías a un terapeuta que trabaja desde el modelo TCS?
- ¿Cuál es la postura que debe adoptar un terapeuta constructivo?
- ¿Cuál es la postura que debe tomar el profesional frente al cambio?
- ¿Cómo elaboras tu estrategia para trabajar con esta técnica?
- ¿Cómo se implementan la PC en el marco de una sesión y que se busca con ella?
- ¿Cómo evalúas el efecto de las preguntas constructivas?
- ¿Existen diferencias según el perfil del paciente?
- ¿De qué manera la PC contribuye al cambio?
- ¿Qué efectos tienen sobre la relación terapéutica?
- ¿Cuáles son las PC que más utilizas?
- ¿Qué se debe hacer cuando la pregunta es rechazada?
- ¿Por qué crees que funciona esta intervención, que es lo que la hace útil?
- ¿Cómo es el proceso por el cual se co-construye la mente del tratamiento? ¿Implica igualmente localizar un problema?

- Steve de Shazer plantea que hablar sobre cómo se perpetúa el problema no es lo más importante. ¿Qué piensas sobre esto?