

## La práctica centrada en soluciones con menores en situación de riesgo y sus familias

Toni Medina

### DOS FORMAS DE CONCEBIR EL TRABAJO CON MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO

Durante décadas los servicios de protección a la infancia se han caracterizado por centrarse en los déficits y en los factores de riesgo de los menores y de sus familias, y por mantener una visión negativa de estas, considerándolas carentes de recursos y poco dispuestas a cooperar (De Jong y Berg, 2008, 2012; Graybeal, 2001; Martín, 2005, Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008; Turnell y Edwards, 1999; Weick, 1992). En este contexto, la práctica profesional tiende a convertirse en una experiencia laboral saturada de problemas y “dominada por el riesgo”, en la que los profesionales se ven sometidos a un exceso de presión (Turnell y Edwards, 1999) y se dedican a realizar una gran cantidad de trabajo en un corto periodo, con familias que además no quieren trabajar con ellos, que se sienten molestas y resentidas con la intervención profesional y que generalmente arrastran historias de múltiples fracasos de intervenciones anteriores.

No es de extrañar que el paternalismo siga constituyendo la forma habitual de relación con las familias en este ámbito (Turnell y Edwards, 1997). Este tipo de prácticas profesionales no solo promueve insatisfacción en los usuarios, ya que sus opiniones y propuestas rara vez son escuchadas (De Jong y Berg, 2008), sino que además generan estrés y sobrecarga laboral (Del Valle, López y Bravo, 2007; Garrido, Del Moral, González y López, 2009; Medina y Beyebach, 2014a).

En los últimos años, sin embargo, un número creciente de autores ha expresado su preocupación acerca de las consecuencias pragmáticas y éticas de

---

centrarse excesivamente en los déficits y en los factores de riesgo de los menores y de sus familias, y han propuesto una conceptualización alternativa en materia de protección a la infancia, basada en las fortalezas y en los recursos de las personas (Gilbert y Lee, 2011; Martín, 2005; Saleebey, 2006; Walsh, 1997; Weick, 1992).

## ENFOQUE CENTRADO EN SOLUCIONES EN PROTECCIÓN DE MENORES

Distintas experiencias de investigación y de implementación del enfoque centrado en soluciones han evidenciado resultados prometedores en protección de menores.

Insoo Kim Berg, Susan Kelly (2000, 2003) y De Jong (2003, 2004) impartieron formación en terapia breve centrada en soluciones al equipo del estado de Michigan, EE.UU., impulsando un cambio de actitudes y de prácticas en los servicios de protección infantil de dicha localidad.

Basándose en su experiencia como miembro de un equipo multidisciplinario en un distrito londinense, Walsh (1997) ofreció evidencias de cómo la práctica centrada en soluciones contribuye a promover la protección de los menores.

Antle, Christensen y su equipo (1999, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012) diseñaron un modelo de trabajo para los servicios de bienestar infantil del estado de Washington, EE.UU., basado en el enfoque centrado en soluciones (*solution-based casework*).

En Australia, Andrew Turnell (1997, 1999, 2006) desarrolló el enfoque orientado en soluciones *Signs of Safety*, útil para la investigación e intervención en situaciones de desprotección infantil.

Peter Sundman (1997), que desarrolló una investigación para evaluar el impacto del enfoque centrado en soluciones en los trabajadores sociales del sistema de bienestar infantil finlandés, obtuvo evidencias de su efectividad.

Recientemente, en la isla de Tenerife, España (Medina y Beyebach, 2014a, 2014b, 2014c), se desarrolló una investigación que pretendía analizar el impacto de la formación y de la supervisión centrada en soluciones sobre los profesionales y sobre los usuarios del sistema de protección infantil. Los profesionales informaron de numerosos cambios en sus actitudes y en sus prácticas, manifestaron que estaban llevando a cabo intervenciones más eficientes y efectivas, y afirmaron sentirse más autorrealizados.

## CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA CENTRADA EN SOLUCIONES

En la actualidad la práctica centrada en soluciones se caracteriza por los atributos que se detallan a continuación.

***Dirigida por los usuarios.*** Se trabaja con las percepciones de los usuarios, de manera de mantener tan pocas asunciones sobre ellos como sea posible. La atención a los menores y a sus familias se desarrolla en el marco de una relación respetuosa y de colaboración, no culpabilizadora. Los profesionales les escuchan activamente y promueven su participación, validando y privilegiando sus ideas y lo que quieren conseguir, entendiendo que las personas son responsables de sus propias vidas y de las decisiones que toman. En consonancia con esta idea, los profesionales tratan a los menores y a las familias como expertos en su situación, y van por detrás en sus decisiones en lugar de ir por delante diciéndoles cómo deben actuar. En este sentido, la responsabilidad del profesional no consiste en ofrecer soluciones a la familia para proteger al menor, sino en ayudarla a encontrar las suyas propias.

***Interaccional.*** Se entiende que los problemas y las soluciones se crean y se mantienen por procesos interaccionales. Las preguntas y conversaciones que los profesionales sostienen se orientan en dos direcciones, una individual (“cuando el milagro ocurra, ¿cuál será la primera señal que notarás?”) y otra relacional (“¿quién más notará que el problema ha desaparecido? ¿Cómo se dará cuenta?”). Cada pregunta abre nuevas y diferentes perspectivas. La visión interaccional implica “quedarse en la superficie”, describiendo secuencias de acciones y retroacciones en lugar de “leer entre líneas”; realizar preguntas relacionales para buscar diferentes perspectivas entre las personas implicadas fomentando que se piense en términos de interacción; escuchar lo que los menores y las familias dicen y cómo lo dicen, preguntando por los detalles, indagando acerca de lo que ocurre entre las personas implicadas, más que dentro de ellas, y significa utilizar las múltiples perspectivas de las personas para facilitar la generación de soluciones.

***Basada en las competencias.*** Se considera que los menores y las familias ya poseen las competencias, y recursos necesarios, pero que pasan inadvertidos, no se utilizan o son infrautilizados para hacer frente a sus dificultades. Las competencias y los recursos de las familias están presentes en su vida cotidiana. De hecho, en familias en que los menores sufren algún tipo de maltrato, este no es experimentado todo el tiempo, sino que se aprecian muchos momentos en los que las familias proporcionan un entorno suficientemente seguro y protector para sus hijos.

---

Para trabajar de manera efectiva con las familias, los profesionales deben ser capaces de **felicitar** tales aspectos de la experiencia y funcionamiento familiar, ampliar los mismos para hacerlos visibles y promover la atribución de control sobre estos, identificando lo que han puesto de su parte, qué recursos personales han desplegado en tales momentos. La atención a los momentos en los que las familias protegen a sus hijos proporciona numerosas claves para el desarrollo de una relación colaborativa y para el establecimiento de planes de intervención ajustados. Por tanto, la cantidad de atención que los profesionales prestan a las competencias que las familias ya tienen, y la utilización que las familias hacen de ellas, son factores especialmente relevantes que pueden reducir las situaciones de riesgo que experimentan los menores y promover su protección.

*Orientada al futuro.* La práctica profesional centrada en soluciones se basa en la idea de que el futuro crea el presente, que es negociable, y que las soluciones están relacionadas con el futuro que deseamos, por lo que se intenta conocer cuáles son las expectativas de los menores y de las familias con respecto a lo que quieren conseguir, de modo de facilitar posteriormente procesos que les ayuden a avanzar hacia tales deseos. Desde esta óptica, los profesionales intentan promover una visión positiva del futuro sin el problema porque consideran que ello invita a la esperanza y que la esperanza ayuda a hacer frente a las dificultades actuales, a reconocer las señales de cambio, a generar soluciones y a crear emociones positivas que despiertan aun más los recursos y las habilidades necesarias para avanzar hacia las metas deseadas.

Esta práctica orientada al futuro se basa además en la idea de que los cambios ocurren constantemente, que son inevitables y que el reto no se encuentra tanto en promover cambios sino en orientarlos en la dirección deseada.

*Dirigida a objetivos.* Se ayuda a los menores y a las familias a conseguir lo que desean buscando formas de llegar a objetivos relevantes para ellos, específicos, concretos y alcanzables. Los objetivos dirigen la intervención, la centran e informan sobre los resultados finales. Los profesionales que trabajan desde esta óptica con los menores y con las familias lo hacen promoviendo avances “paso a paso” hacia las metas deseadas.

## ASUNCIONES DE LA TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES

La práctica centrada en soluciones se basa en una serie de asunciones específicas que se pueden agrupar en cuatro categorías (Wheeler y Vinnicombe, 2011):

1. Asunciones sobre los usuarios del servicio:

Cada usuario es único

Acuden con recursos y fortalezas, tanto personales como de su entorno

Tienen la capacidad de generar sus propias soluciones para hacer frente a sus dificultades

Los profesionales no pueden cambiar a los usuarios, ellos se cambian a sí mismos

Los profesionales no son los expertos, son los usuarios

Las soluciones que los usuarios generan se ajustan a su situación particular y, por tanto, es más probable que sean implementadas y mantenidas

2. Asunciones sobre los problemas:

Los problemas no ocurren todo el tiempo, siempre hay excepciones que pueden ser identificadas y promovidas

Mantener el foco de atención en lo posible, en lo cambiante, es más útil que centrarse en lo que es inabordable

El usuario no es el problema, el problema es el problema. El problema y la solución tienen lugar en la interacción entre las personas más que en su interior

Los problemas que parecen complejos pueden no requerir necesariamente soluciones complejas

3. Asunciones sobre el cambio:

El cambio está ocurriendo todo el tiempo

Los pequeños cambios pueden marcar una gran diferencia

Los cambios rápidos pueden ocurrir cuando las personas descubren ideas que funcionan

A menudo los cambios empiezan a tener lugar mucho antes del primer encuentro

4. Asunciones sobre la práctica profesional:

Es más probable que el cambio perdure cuando se descubre qué es lo que está funcionando y se ayuda a repetirlo más veces

Si el cambio es algo que ocurre todo el tiempo, nuestro trabajo consistirá en orientarlo en la dirección adecuada

Las personas son más propensas a comportarse y pensar de manera diferente cuando se trabaja con sus propios objetivos de cambio.

---

## HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS DE LA TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES

A continuación se describen las herramientas más utilizadas en la atención a los menores en situación de riesgo desde una orientación centrada en soluciones.

**Conversaciones libres de problemas (*problem-free talk*).** Consiste en invitar a las familias a que hablen sobre aspectos de su vida al margen de los problemas. Se les puede preguntar cómo afrontan la vida cotidiana, sobre su trabajo u otros aspectos de sus vidas en los que disfrutaron y tienen experiencias exitosas. Además de proporcionar a los profesionales información importante sobre los recursos de la familia, también puede ayudar a los padres y a los hijos a recordar habilidades que habían olvidado y a incrementar la motivación e implicación en el proceso de cambio.

**Cambios pretratamiento.** Son todas aquellas mejorías que se producen antes de la primera entrevista con las familias. Sería un cambio pretratamiento si desde la llamada telefónica hasta el momento de la primera entrevista, el padre que agrede al menor cada vez que se enfada con él comienza a mostrar su enfado de otra manera, sin utilizar el castigo físico. Los cambios pretratamiento son un factor importante para tener en cuenta en el trabajo con menores en situación de riesgo porque permiten partir de avances que ya se están produciendo, tienen más probabilidades de ser percibidos como algo que está bajo el control de las familias, ya que los han iniciado sin ayuda profesional, y se ajustan a sus marcos de referencia. Los cambios pretratamiento pueden acortar los procesos de intervención en protección de menores.

**Excepciones.** Las excepciones son aquellos momentos en los que el problema podría haber ocurrido y sin embargo no sucedió. En esas ocasiones aparecen conductas alternativas a la conducta problema, el problema se dio con menor intensidad o frecuencia de lo que se esperaba, o el problema terminó antes de lo acostumbrado. Las excepciones señalan las soluciones intentadas eficaces que las familias han puesto en marcha y que han funcionado. Los profesionales preguntarán por excepciones al problema concreto que motiva la actuación de los servicios de protección al menor, y una vez identificadas, trabajarán ampliándolas para favorecer que se repitan con más frecuencia (por ejemplo, a un padre que en reiteradas ocasiones ha agredido físicamente a su hijo de doce años, se le puede preguntar: “¿en qué momentos has resistido el impulso de golpear a tu hijo a pesar de estar muy furioso con él?”). Cuando un padre que ha agredido físicamente a su hijo detalla alguna situación en

la que ha llegado a sentirse furioso, pero ha resistido el impulso de golpearle haciendo “algo diferente”, es indicador de que algunas veces puede gestionar adecuadamente la ira.

El trabajo con excepciones es especialmente importante en el contexto de la protección infantil, ya que permite abordar las situaciones de riesgo de los menores de forma constructiva y evitar la confrontación con las familias. En el trabajo con las excepciones el objetivo no es únicamente detectar posibles diferencias, sino también conversar todo lo posible sobre ellas hasta lograr que las familias las concreten y asuman cierto grado de control sobre las mismas.

**Proyección al futuro.** Consiste en invitar a los miembros de la familia a describir cómo serán las cosas cuando hayan superado los problemas por los que acuden a los servicios de protección infantil. La técnica que más se utiliza para trabajar la proyección al futuro es la pregunta milagro (“Imagínate que esta noche te vas a dormir y, mientras estás durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que te han traído aquí se resuelven del todo, pero como estás durmiendo no te das cuenta de que ha sucedido. Mañana por la mañana, ¿cómo sabrás que este milagro se ha producido?”) (De Shazer, 1988). Pero también existe la posibilidad utilizar otras variantes, como la máquina del tiempo (“Imagínate que en esa esquina del despacho tuviéramos una máquina del tiempo. Imagínate que avanzas a un momento en el que los problemas que te han traído aquí están del todo superados, por ejemplo de aquí a un año. ¿Qué te imaginas que va a ser diferente?”) (Selekman, 1997), o bien, Harry Potter o la varita mágica, pensada para niños y niñas (“Imagínate que Harry Potter está aquí para ayudarte, que ha aprendido un hechizo para ayudarte a superar todos los problemas que te han traído aquí...”. “Imagínate que esta noche viene un hada y...”). Lo importante de esta técnica es mantener luego una conversación constructiva sobre las respuestas que vayan dando los usuarios. En esta conversación tratamos de generar una descripción detallada del futuro sin el problema, en términos de “objetivos bien formados”, es decir, descritos en positivo, concretos, pequeños, importantes para los usuarios, alcanzables y descritos en su contexto interpersonal (“¿Cómo va a reaccionar tu hijo cuando vea que te enfadas con él y en vez de pegarle le hablas pausadamente?”).

**Preguntas de escala.** Se propone a los miembros de la familia que sitúen algo entre 0 y 10, o entre 1 y 10. La escala que los profesionales utilizan con más frecuencia es la escala de avance (“si 10 es cuando los problemas que te han traído aquí estén del todo superados, y 1 cuando peor estaban, ¿dónde dirías que estás ahora?”), aunque también utilizan otras variaciones de la pregunta

---

escala, como la escala de confianza (“de 0 a 10, donde 10 es que tienes toda la confianza del mundo en que vas a ser capaz de mantener estos cambios que has conseguido y 0 lo contrario, ¿dónde te situarías?”). Las escalas permiten descomponer situaciones dicotómicas y crear un amplio rango de matices entre dos extremos. Es una técnica bastante completa, ya que con ella se puede trabajar excepciones, proyección al futuro, objetivos de avance o un paso más, etcétera.

**Preguntas de afrontamiento.** Facilitan la conversación sobre los recursos de la familia en momentos de dificultad. Cuando no es posible identificar excepciones o avances, los profesionales intentan adaptarse a la postura negativa de los usuarios formulando preguntas del tipo ¿qué estás haciendo entonces para sobrellevar esta situación?”. “¿Cómo consigues levantarte por las mañanas y empezar de nuevo?”.

**Secuencia pesimista.** Es un paso más en el sentido anteriormente descrito. Se trata de adoptar una postura incluso más negativa que los propios usuarios, como por ejemplo, “¿cómo es que no habéis tirado la toalla? Yo ya lo hubiera hecho”. Está indicada cuando los usuarios responden a las preguntas de forma pesimista o cuando expresan abiertamente su falta de esperanza en que la situación pueda mejorar.

**Elogios.** Consiste en señalar aquellas cosas que los usuarios están haciendo bien, que les ayudan, procurando que los elogios incluyan a todos los miembros de la familia y que sean genuinos.

**Tareas o experimentos terapéuticos.** Se sugiere a las familias algo para pensar, observar o hacer en el intervalo entre sesiones. Los experimentos son consecuencia de lo hablado en la entrevista y se procura que sean lo más simples posibles. Para garantizar que las familias los realicen, los profesionales centrados en soluciones solo sugieren tareas que las personas están dispuestas a hacer o a aquellas personas que quieran intentar algo. Tareas típicas que se suelen proponer son sugerir a los miembros de la familia que algunos días a la semana simulen, en secreto, que ha ocurrido el “milagro”, que presten atención a los momentos en los que sientan que están un punto más arriba en la escala de avance, que se fijen en qué hacen diferente cuando se produce una excepción o que hagan más de lo que ya les funciona.

Además de las técnicas mencionadas, los profesionales también se nutren de herramientas de escuelas afines, tales como la terapia narrativa o el enfoque del MRI, y las integran a su orientación centrada en soluciones.



Entre ellas cabe citar las siguientes.

**Externalización.** Esta herramienta es especialmente útil en el trabajo con menores, aunque también se puede utilizar con adultos. Se usa sobre todo cuando los padres o los menores acuden con una etiqueta de la cual es difícil desprenderse (por ejemplo, “soy agresiva”). En ocasiones las etiquetas son interpretadas como rasgos internos inmodificables de la personalidad. La externalización consiste en convertir al problema en una entidad con vida propia que está fuera de las personas y contra la que pueden luchar (por ejemplo, de “una niña agresiva” a “una niña a la que la rabia le juega malas pasadas”). La externalización tiene la gran ventaja de que permite realizar de forma simultánea dos procedimientos que habitualmente son difíciles de conjugar: por un lado, desculpabilizar a la persona, pues la culpable ya no es ella, sino el problema externalizado, y por otro, darle responsabilidad a la persona de luchar contra el problema, apoyada por su propia red social.

**Técnicas del MRI.** Cuando con el empleo de las técnicas propias del modelo centrado en soluciones la situación de los menores no mejora, o incluso empeora, se pasa a actuar desde la parte problemática que mantiene la situación para posteriormente volver a utilizar las herramientas centradas en soluciones, una vez que mejora. Para ello se emplean algunas intervenciones mínimas sobre el patrón de la queja, por ejemplo introduciendo alguna pequeña modificación en la secuencia que mantiene el problema. Otra posibilidad es examinar qué conductas de la familia contribuyen a mantener el problema y diseñar una intervención que bloquee estos intentos de solución ineficaces (giros de 180°).

En la actualidad se aprecia una tendencia cada vez mayor a integrar nuevas herramientas en la práctica centrada en soluciones, tales como arte-terapia, la psicología positiva (Duckwoth, Steen y Seligman, 2005), de la terapia colaborativa (Anderson, 1997) o la terapia breve basada en el *feedback* del cliente (Anker, Duncan y Sparks, 2009; Duncan y Miller, 2000).

## CO-CONSTRUYENDO SOLUCIONES EN LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL

A continuación se presentan dos casos que ilustran cómo es posible aplicar el enfoque centrado en soluciones en el trabajo con menores en situación de riesgo y con sus familias de una manera creativa y versátil.

---

## La culpa que devora

Francisca, con 27 años y tres hijos, no ha tenido una vida fácil. A los 15 años fue abusada sexualmente por un familiar en reiteradas ocasiones, sin que se conociera este hecho hasta su mayoría de edad. Decidió abandonar el domicilio familiar a los 18 años debido al alcoholismo de su padre y al clima de violencia que reinaba en su casa y comenzó a convivir con el padre de sus dos hijos mayores. Durante los años que duró esa relación, Francisca sufrió diferentes agresiones y vejaciones por parte de este, las cuales se producían con más frecuencia cuando él regresaba al domicilio bajo los efectos del alcohol. Su hija mayor fue abusada sexual en varias ocasiones por el padre luego de cumplir los 12 años de edad. Este hecho motivó la actuación de los servicios de protección infantil y la retirada de la menor, que fue acogida por la abuela materna, de la compañía de su madre. Su segundo hijo también sufrió agresiones por parte del padre mientras convivieron con él. A raíz de lo ocurrido, Francisca decidió separarse.

Transcurrieron unos años hasta que Francisca inició una nueva relación sentimental fruto de la cual nació su tercer hijo. Aunque su nueva pareja no mostraba un comportamiento violento hacia ella, la criticaba con frecuencia en cuestiones relacionadas con la educación de su segundo hijo. El centro educativo del hijo y la abuela materna de este consideraban que Francisca era una madre negligente y que el menor estaba sufriendo el abandono de su madre. Por este motivo, decidieron comunicar la situación del segundo hijo de Francisca a los servicios de protección a la infancia. En el primer encuentro con Francisca, esta comentó que le daba “mucho pena” su hijo por todo lo que llegó a vivir con su padre y por lo que tuvo que vivir con la hermana. Señaló que a raíz de lo que le ocurrió a su hija cayó en una depresión que no ha superado. Además, también dijo que su pareja estaba siendo muy dura con su hijo, que no colaboraba en las tareas domésticas ni en la crianza de su otro hijo pequeño, y que muchas veces la menospreciaba y la hacía sentir que no valía para nada. Francisca estaba además acudiendo al sistema de salud mental con su hijo a raíz de un diagnóstico de trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TDAH) emitido por el centro escolar.

Francisca fue capaz de externalizar la culpa que sentía. La culpa la “estaba devorando por dentro”, así que la imaginó tal y como se muestra en la Figura 7-1.

“La culpa que devora” la afectaba de tal forma que no podía hablar con su hija mayor sin acabar llorando. Tampoco se sentía capaz de corregir los comportamientos de su segundo hijo. “La culpa que la devoraba” le hacía creer que



**Figura 7-1.** La culpa externalizada.

ella era la responsable de los abusos sexuales que había sufrido su hija, que tenía que haber estado vigilante e incluso haber dejado el trabajo que tenía en aquel momento para garantizar que a su hija no le ocurriera nada malo. Asimismo, la hacía creer que ella no valía, que no iba a encontrar un trabajo de nuevo, que se merecía un hombre que la menospreciara y que había tenido suerte porque al menos este no la agredía. La culpa no la dejaba ser la madre que ella deseaba, aquella capaz de poner límites y de supervisar a sus hijos, de enfrentarse a su pareja corrigiendo su comportamiento para con ella y con el hijo.

La culpa externalizada permitió trabajar la proyección al futuro y las escalas de avance, ya que cada tentáculo representaba un área de su funcionamiento en que la culpa la tenía atrapada. El tentáculo más largo se situaba en la familia (sus hijos y su pareja actual). Otros tentáculos tenían relación con su autonomía y su desarrollo personal (trabajo, formación, actividades de autocuidado, vida social). La cabeza representaba la parte de la culpa más difícil de erradicar, la que sentía por lo que le había ocurrido a su hija, no solo porque creía que podía haberlo evitado, sino porque le recordaba la experiencia de abuso que sufrió en su infancia, donde también la culpa hizo acto de presencia. Las

---

victorias de Francisca contra la culpa externalizada fueron trabajadas como excepciones, ampliándolas, promoviendo la atribución de control sobre ellas y alentándola a que continuara haciendo aquello que le estaba funcionando. Cada vez que Francisca se liberaba un poco más de la culpa recortaba con una tijera un trozo de tentáculo y escribía detrás de cada uno cómo lo había hecho para liberarse.

Con el transcurrir de las sesiones, Francisca fue ganando progresivamente batallas a la culpa externalizada, de tal forma que al finalizar la intervención había comenzado a trabajar, era capaz de supervisar a su hijo recompensando sus esfuerzos y manteniendo consistentemente las consecuencias a su comportamiento. Francisca consiguió hablar con su hija relajadamente, incluso mantenía contacto regular con ella, planteándose recientemente la posibilidad de una reunificación familiar por parte de la administración gubernamental. Francisca se enfrentó a su pareja y le reprochó el trato que recibía ella y su hijo. Como consecuencia de ello, la pareja comenzó a mostrar un trato más respetuoso hacia ella y hacia el hijo de Francisca, expresándole más afecto, e incluso llegó a relevarla en los cuidados y en la crianza de los menores cuando esta lo necesitaba. El centro educativo informó que observaba al hijo de Francisca más centrado, que había mejorado su rendimiento escolar, al tiempo que desde el sistema de salud mental se revisó el diagnóstico de TDAH que se había emitido hacia el menor, por no cumplir en ese momento con los criterios. Asimismo, Francisca se estaba planteando retomar la formación para finalizar los estudios que había abandonado.

### Mi hija no tiene cabeza. Mi madre no tiene corazón

Sara, de 15 años de edad, denunció a su madre por maltrato físico a raíz de una disputa que ambas mantuvieron motivada porque tras una salida con sus amigas regresó muy tarde al domicilio y bajo los efectos del alcohol. En dicha disputa ambas se agredieron mutuamente y tuvieron que requerir atención médica. Debido a este incidente, el médico que atendió a Sara derivó su caso a los servicios de protección a la infancia y a fiscalía de menores. Antonia, la madre de Sara, declaró ante el juez que su hija acudía desde hacía tiempo a una unidad de salud mental por “conducta agresiva en todos los ámbitos”, que le sustraía dinero con frecuencia, que había protagonizado varias fugas de casa y que tenía una conducta muy “rebelde”. Antonia manifestaba que Sara la había golpeado en otras ocasiones y que en ese último incidente fue ella la que agredió a su hija porque ya no aguantaba más y no sabía qué podía hacer. Antonia consideraba que no podía manejar el comportamiento de

Sara y que si era necesario preferiría ingresarla en un centro donde la ayudaran a regular su conducta porque ya estaba muy agotada. Desde el centro educativo informaron que Sara consumía *cannabis* desde hacía un año y que solía faltar el respeto a sus compañeros y a los profesores. Desde la unidad de de salud mental a la que acudía Sara informaron que estaba siendo tratada en el Departamento de Psiquiatría por “trastorno de conducta negativista desafiante”.

Lo que a la madre más le molestaba de su hija era que no cumpliera con las normas mínimas de convivencia en casa y que “no tuviera cabeza”, metiéndose en problemas cada vez que salía a la calle. Sara se quejaba de que su madre era muy fría en el trato, que estaba muy centrada en la norma y “que no tenía corazón”.

Ajustando el lenguaje al de la familia se planteó una intervención basada en la metáfora de lograr que la hija demostrara tener más cabeza y que la madre demostrara tener más corazón. De esta forma, se diseñaron dos escalas, la escala de cabeza y la escala de corazón (Figura 7-2).

En la primera sesión, la madre y la hija se situaban de tal manera que la madre se puntuaba un 8 en cabeza y un 2 en corazón, mientras que la hija se colocaba un 9 en corazón y un 2 en cabeza. El trabajo consistió en que la madre

### CORAZÓN

0

10

### CABEZA

**Figura 7-2.** Escalas de cabeza y corazón.

---

y la hija se fueran aproximando gradualmente al punto de medio de las escalas, es decir, al 5. En la primera sesión se abordó aquellos momentos en los que la madre había demostrado tener un poco más de corazón y la hija un poco más de cabeza (excepciones) y se trabajó la atribución de control sobre tales momentos. Posteriormente, se trabajó la proyección al futuro, invitándolas a situarse donde les gustaría estar y a describir qué será diferente en sus vidas cuando lo logren. De esta forma, se concretaron metas realistas y alcanzables, descritas en positivo. En sesiones posteriores los avances en las escalas se abordaron como si fueran excepciones. Al inicio de cada sesión se preguntaba a ambas “qué iba mejor”. Después se les pedía que se situaran en las escalas describiendo las puntuaciones dadas (Ej.: “¿Qué es para ti un 3? ¿Qué entra en ese 3? ¿Quién lo ha notado? ¿Cómo ha respondido? ¿Qué más entra en ese 3?”), buscando diferencias con respecto a puntuaciones más bajas (Ej.: “¿Cómo es que estás en un 3 y no en un 2 en cabeza? ¿Qué es diferente ahora que estás en un 3 en cabeza? ¿Qué más es diferente ahora?”), atribuyendo control sobre las mismas (Ej.: “¿Cómo has conseguido subir a un 3 en cabeza? ¿Qué más te ha ayudado? Si le preguntara a tu madre, ¿qué diría acerca de cómo has conseguido subir a un 3 en cabeza?”), ampliando qué sería para ellas un punto más (Ej.: “¿Cómo se darán cuenta de que están un punto más cerca del 5? ¿Qué será diferente entonces? ¿Qué más será diferente? ¿Cuál será la primera señal de que las cosas están un punto más?”), y atribuyendo control sobre ese punto más (Ej.: “¿Qué podrías hacer para estar un punto más cerca del 5?”).

Después de siete sesiones, madre e hija lograron situarse en el 5 tanto en cabeza como en corazón. En ese momento, Sara había reducido considerablemente el consumo de *cannabis*, respetaba más los horarios de entrada y salida, colaboraba en casa manteniendo su habitación limpia, se estaba esforzando en los estudios, era capaz de discutir con su madre manteniendo una conversación pausada, sin gritar ni agredir, le pedía dinero para sus gastos sin sustraérselo, y estaba compartiendo sus inquietudes personales y algo de su tiempo libre con ella. Antonia buscaba momentos de distracción con su hija, le expresaba afecto dedicando espacios del día para escuchar sus anécdotas e inquietudes personales, y la elogiaba con más frecuencia por sus pequeños logros. Antonia era capaz de ceder cuando negociaba acuerdos con su hija.

## CONCLUSIÓN

En este capítulo se ha expuesto cómo el enfoque centrado en soluciones puede representar un modelo de trabajo coherente, flexible, exitoso y respetuoso con los menores en situación de riesgo y sus familias (Gingerich, Kim,

Stams y MacDonald, 2012). Cuando los profesionales desarrollan una práctica centrada en soluciones el trato que dan a las familias varía significativamente (Medina y Beyebach, 2014b), pues se muestra una mayor curiosidad por la vida de estas al margen del problema, se cree en sus posibilidades y se centra en sus recursos para superarlo, esforzándose por clarificar un proyecto común de trabajo y por ajustarse a cada familia, activando prácticas de empoderamiento.

El enfoque centrado en soluciones tiene el potencial de cambiar no solo la forma de trabajar con las familias, sino también con los equipos y con otros profesionales, lo que acaba generando cambios en los procedimientos y en la organización de los sistemas de protección infantil. El desarrollo de este tipo de prácticas en protección de menores abre un horizonte de posibilidades para revitalizar, reinspirar y enriquecer la labor de los profesionales en un sistema que continúa centrado en el déficit.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Antle, B. F., Barbee, A. P., y van Zyl, M. A. (2008). A comprehensive model for child welfare training evaluation. *Child and Youth Services Review*, 30(9), 1063-1080.
- Antle, B. F., Barbee, A. P., Sullivan, D. J., y Christensen, D. (2009). The Prevention of Child Maltreatment Recidivism through the Solution-Based Casework Model of Child Welfare Practice. *Children and Youth Services Review*, 31, 1346-1351.
- Antle, B. F., Sullivan, D. J., Barbee, A. P., y Christensen, D.N. (2010). The Effects of Training Reinforcement on Training Transfer. *Child Welfare*, 32(2), 223-230.
- Antle, B. F., Christensen, D. N., van Zyl, M. A., y Barbee, A. P. (2012). The Impact of the Solution Based Casework (SBC) Practice Model on Federal Outcomes in Public Child Welfare. *Child Abuse and Neglect*, 36(4), 342-353.
- Anker, M. G., Duncan, B. L., y Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693-704.
- Barbee, A. P., Christensen, D., Antle, B., Wandersman, A., y Cahn, K. (2011). Successful adoption and implementation of a comprehensive casework practice model in a public child welfare agency: Application of the getting to outcomes (GTO) model. *Children and Youth Services Review*, 33(5), 622-633.

- Berg, I. K. (2003). Supervision and mentoring in child welfare services. Unpublished manuscript. Recuperado de [www.sfbta.org/trainingLinks.html](http://www.sfbta.org/trainingLinks.html).
- Berg I. K., y De Jong, P. (2004). Building solution-focused partnerships in children's protective and family services. *Protecting Children*, 19(2), 3-13.
- Berg, I. K., y Kelly, S. (2000). *Building solutions in child protective services*. Nueva York: Norton.
- Christensen, D. N., y Todahl, J. L. (1999). Solution-based casework: Case planning to reduce risk. *Journal of Family Social Work*, 3(4), 3-24.
- De Jong, P. (2003) Field guide for Strengths-Based Interviewing protocols for use in CPS investigations and safety/service planning, and CPS follow-up contacts. State of Michigan Children's Protective Services. Recuperado de [www.sfbta.org/handouts/field.pdf](http://www.sfbta.org/handouts/field.pdf).
- De Jong, P., y Berg, I. K. (2008). *Interviewing for solutions* (3ª ed.). Belmont: Brooks/Cole.
- De Jong, P., y Berg, I. K. (2012). *Interviewing for solutions* (4ª ed.). Belmont: Brooks/Cole.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. Nueva York: Norton.
- Del Valle, J. F, López, M., y Bravo, A. (2007). Job stress and burnout in residential child care workers in Spain. *Psicothema*, 19(4), 610-661.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., y Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-51.
- Duncan, B. L., y Miller, S. D. (2000). *The heroic client. Doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Garrido, M., Del Moral, G., González, E., y López, A. (2009). Estudio del *burnout* entre los profesionales de los equipos de tratamiento familiar en la atención a las familias en riesgo psicosocial. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 517-537.
- Gilbert, J., y Lee, M. Y. (2011). *Solution oriented social work practice*. Nueva York: Oxford University Press.
- Gingerich, W. J., Kim, J. S., Stams, G. J., y MacDonald, A. (2012). Solution-focused brief therapy outcome research. En C. Franklin, T. S. Trepper, W. J. Gingerich y E. E. McCollum (eds.). *Solution-focused therapy. A handbook of evidence-based practice* (pp. 95-111). Nueva York: Oxford University Press.
- Graybeal, C. (2001). Strengths based social work assessment: transforming the dominant paradigm. *Families in Society*, 82(2), 233-242.
- Martín, J. (2005). *La intervención ante el maltrato infantil: una revisión del sistema de protección*. Madrid: Pirámide.
- Medina, A., y Beyebach, M. (2014a). The impact of solution-focused training on professionals' beliefs, practices and burnout of child protection workers in Tenerife Island. *Child Care in Practice*, 20(1), 7-36.



- Medina, A. y Beyebach, M. (2014b). How do child protection workers and teams change during solution-focused supervision and training? A brief qualitative report. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 2(1), 9-19.
- Medina, A., y Beyebach, M. (2014c). El impacto de la formación y de la supervisión centrada en soluciones sobre las creencias, las prácticas y el *burnout* de los profesionales del sistema de protección infantil en Tenerife. *Mosaico*, 59(3), 36-55.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C., y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.
- Saleebey, D. (2006). *The strengths perspective in social work practice*. Boston: Pearson Education.
- Selekman, M. D. (1997). *Solution-focused therapy with children: Harnessing family strengths for systemic change*. Nueva York: Norton.
- Sundman, P. (1997). Solution-focused ideas in social work. *Journal of Brief Therapy*, 19, 159-172.
- Turnell, A., y Edwards, S. (1997). Aspiring to partnership: The signs of safety approach to child protection casework. *Child Abuse Review*, 6, 179-190.
- Turnell, A., y Edwards, S. (1999). *Signs of safety: a solution and safety oriented approach to child protection casework*. Nueva York: Norton.
- Turnell, A. (2006). Constructive child protection practice: an oxymoron or news of difference? *Journal of Systemic Therapies*, 25(2), 3-12.
- Walsh, T. (1997). *Solution focused child protection: towards a positive frame for social work practice*. Dublín: Trinity College. Department of Social Studies, Occasional Paper N° 6.
- Weick, A. (1992). Building a strengths perspective for social work. En D. Saleebey (ed.). *The strengths perspective in social work practice* (pp. 18-26). Nueva York: Longman.
- Wheeler, J., y Vinnicombe, G. (2011). Some assumptions of solution-focused practice. *The News Magazine for the Association of Family Therapy*, 118, 40-42.