



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Programa de Profundización en Psicología Educativa
y Desarrollo Humano.

Manuscrito Recepcional

La Terapia Breve Centrada en Soluciones para
Adolescentes: Una revisión teórica.

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

María del Pilar Núñez Treviño

Director: Lic. Judith Rivera Baños

Vocal: Lic. Alba Nubia Tabares Arellano





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

1. RESUMEN.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. INTRODUCCIÓN.....	3
4. JUSTIFICACIÓN.....	4
5. OBJETIVO.....	4
6. MARCO TEÓRICO.....	5
4.1 Adolescencia: Sus características.....	5
4.2 La identidad en el adolescente.....	8
4.3 Salud mental en el adolescente.....	10
7. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES.....	14
7.1 Breve historia de la terapia breve centrada en soluciones.....	14
7.2 La influencia de Milton Erickson.....	15
7.3 La influencia de Gregory Bateson.....	16
7.4 Otras influencias.....	18
8. TÉCNICAS EMPLEADAS EN EL PROCESO TERAPÉUTICO BAJO LA VISIÓN DE LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES.....	18
8.1 Proyección a futuro.....	20
8.2 Las excepciones.....	21
8.3 Preguntas de escala.....	21
8.4 Uso del elogio terapéutico.....	22
8.5 La pausa.....	22
8.6 Las tareas.....	22
8.7 Paráfrasis.....	24
8.8 Si no funciona, haz algo diferente.....	24
9. LOS ADOLESCENTES EN PROCESO TERAPÉUTICO.....	25
10. LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES ENFOCADA A ADOLESCENTES.....	28
11. LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES PARA ADOLESCENTES.....	30
12. LA INTERVENCIÓN ESCOLAR CENTRADA EN SOLUCIONES: UNA PROPUESTA.....	33
13. APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES CON ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO ESCOLAR.....	36
14. CONCLUSIONES.....	43
15. REFERENCIAS.....	46

1. RESUMEN

Este manuscrito presenta una descripción teórica de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) y su utilidad en el proceso psicoterapéutico con adolescentes en el contexto de las intervenciones escolares. Comienza con un breve recorrido de las características propias de la etapa de la adolescencia para continuar con los fundamentos, historia y bases teóricas de la TBCS. Posteriormente se presenta la descripción del trabajo terapéutico y su efectividad con los adolescentes bajo la visión de la TBCS, terminando con algunas de sus técnicas enfocadas hacia las intervenciones escolares.

Palabras clave: Adolescentes en terapia, terapia breve centrada en soluciones, técnicas de la terapia breve centrada en soluciones, intervención escolar centrada en soluciones.

2. ABSTRACT

This manuscript presents a theoretical description of Brief Therapy Focused on Solutions (TBCS) and its usefulness in the psychotherapeutic process with adolescents in the context of school interventions. It begins with a brief tour of the characteristics of adolescence to continue with the fundamentals, history and theoretical bases of TBCS. Subsequently, the description of the therapeutic work and its effectiveness with adolescents under the vision of TBCS is presented, ending with some of its techniques focused on school interventions.

Key words: Teenager in therapy, solution- focused brief therapy, intervention.

3. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con Papalia y Martorell (2017), la adolescencia es una construcción social, ya que en los siglos anteriores al siglo XX, y en las culturas occidentales, el niño pasaba a ser un adulto en el momento en el que maduraba físicamente y se convertía en aprendiz de algún oficio; por el contrario, en la época actual el paso de la niñez a la adultez lleva más tiempo debido a que diversas sociedades requieren de periodos más largos de educación y entrenamiento vocacional para que los jóvenes puedan asumir un rol de responsabilidad como adultos.

De la manera en que lo apunta Lilo (2004), la sociedad empuja hacia este rol de responsabilidad y a un requerimiento de madurez en los cuales se le pide que se comporte como adulto cuando no se le considere como tal. Por lo tanto, existen de manera simultánea funcionamientos infantiles y adultos en su mundo interno. Bajo este panorama el adolescente se conduce sometido a enormes presiones, internas y externas, y debido a las crisis del desarrollo tiene un mayor potencial de trastornos en diferentes áreas que lo hacen susceptible de manifestaciones patológicas.

Como lo establece Selekman (2012), al ser la adolescencia una etapa complicada, tanto para el adolescente como para quienes lo rodean, los problemas pueden tornarse complejos, tanto que se requiera una intervención terapéutica eficaz que se adapte a las características del joven, de la familia e incluso de la escuela, y manifiesta que el objetivo de la terapia es ayudar al adolescente a que recupere su bienestar en tiempo breve.

De esta manera, el presente trabajo está enfocado en describir los fundamentos de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) como una alternativa eficaz y rápida para acompañar al adolescente en la búsqueda de soluciones a sus problemas y en proporcionarle una nueva visión de éstos.

Como se explicará más adelante, la TBCS es una terapia flexible, dinámica y efectiva que se enfoca en la solución de problemas e interviene desde un punto de vista contextual y de relaciones, como lo son su familia, la escuela y su grupo social.

4. JUSTIFICACIÓN:

Durante la adolescencia los jóvenes pueden experimentar dificultades con sus emociones, comportamiento y aprendizaje escolar. De la misma manera y por las características propias de esta etapa, los adolescentes pueden resistirse a entrar en un proceso terapéutico que determine sus necesidades y pueda sortear los problemas o situaciones que les aquejen.

Debido a esta resistencia inicial, una propuesta que podría dar muy buenos resultados con los jóvenes es la terapia breve centrada en soluciones, ya que trabaja con dos conceptos que prefieren los adolescentes: que sea breve y que proponga soluciones.

Así pues, este manuscrito presenta una revisión teórica sobre el trabajo terapéutico con adolescentes bajo el quehacer de la terapia breve centrada en soluciones auxiliando en las intervenciones escolares centradas en soluciones, una descripción teórica de esta terapia y su utilidad en el proceso psicoterapéutico con adolescentes dentro del contexto escolar.

5. OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo es describir los fundamentos, bases teóricas y procedimientos de la terapia breve centrada en soluciones desde una perspectiva de orientación para la solución de problemas dentro del ámbito escolar con adolescentes.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 ADOLESCENCIA: Sus características.

La adolescencia es, en términos llanos, el paso de la niñez hacia la edad adulta que comienza con la pubertad, el cual, es el proceso por el que el ser humano se conduce hacia una madurez sexual. Esta etapa tiene una duración aproximada de ocho o nueve años y en ella se generan varios cambios en todas las áreas del desarrollo (Papalia y Martorell 2017). Las manifestaciones físicas y biológicas marcan los cambios cualitativos que son característicos de esta etapa ya que los órganos sexuales primarios se vuelven funcionales y aparecen las características sexuales secundarias que van a marcar la diferencia entre los hombres y las mujeres (Tirado, Martínez, Covarrubias, López, Quesada, Olmos y Díaz-Barriga, 2010).

Como se observa en la Tabla No. 1 se mencionan las tres etapas y sus características de acuerdo con Hidalgo y Güemes (2013).

Tabla 1

<i>Etapas de la Adolescencia</i>	<i>Características</i>
Primera Adolescencia	De los 10 a los 13 años. Principalmente los cambios fisiológicos de la pubertad.
Adolescencia Media	De los 14 a los 17 años. Conflictos familiares debido a que le otorgan más peso al grupo social que a los padres. Presencia o inicio de las conductas de riesgo.
Adolescencia Tardía	De los 18 a los 21 años. Reaceptación de valores paternos. Aceptación y elevación de tareas y responsabilidades propias de la edad adulta. Importante crecimiento y desarrollo físico. Obtención de objetivos psicosociales para su madurez.

Tabla No. 1 Hidalgo y Güemes (2013)

Por su parte, Gaete (2015) plantea que no se puede encasillar al adolescente de manera estricta en fases o etapas ya que es más importante el contexto familiar, social y psicológico en el cual se está desarrollando el joven, mencionando que no es lo mismo un joven de la zona rural al de la zona urbana, aquél que sólo estudia o el que tiene que estudiar y trabajar, si existen condiciones familiares que lo empujen a llevar a cabo tareas propias ya de la edad adulta, o aquellos jóvenes que presenten trastornos de orden psicológico que requieren diagnóstico e intervención.

De todas maneras, el mismo Gaete (2015) comenta que el agrupamiento de las fases o etapas ayuda al estudio de las diferentes características que se presentan para el estudio del desarrollo humano y el ciclo vital de los individuos. El progreso de este desarrollo se observará entonces en la medida en la que las tareas propias de la adolescencia se logren e integren con las competencias adecuadas, y que desencadenará en un funcionamiento adaptativo hacia la madurez (Gaete, 2015).

Por otro lado, y de acuerdo con Papalia y Martorell (2017), los principales cambios psicosociales en esta etapa son:

1. Búsqueda de identidad que incluye la sexual.
2. Relaciones familiares generalmente buenas, dependiendo de cada contexto.
3. Se reafirma el autoconcepto gracias a los pares, quienes también tienden a generar influencia en diferentes ámbitos.
4. Los cambios en la personalidad pueden ser influidos por las diferentes etapas y acontecimientos de su vida.
5. Época de toma de decisiones acerca de las relaciones íntimas y estilos de vida personales.

En cuanto a la esfera cognoscitiva, Tirado *et al* (2010) mencionan los siguientes aspectos:

1. El adolescente puede razonar en forma hipotética y deductiva.

2. Piensa en forma sistemática gracias a una mayor capacidad en los procesos de memoria, en especial en la memoria de trabajo (Cole y Cole, 2001 en Tirado *et al* 2010).
3. Planea.
4. Cuestiona todo lo convencional.
5. Adquisición y consolidación de estrategias para la solución de problemas específicos gracias a la experiencia.

Se puede señalar, de acuerdo con Woolfolk (2014) que, debido a la influencia de estos cambios, los adolescentes se relacionarán de determinada manera con el contexto y así, los adolescentes pueden entender la perspectiva de los demás y se enfrentan a un problema total: el desarrollo de una *identidad* que les proporcione un soporte firme para su vida adulta. El sentido de sí mismo se ha desarrollado desde la infancia, pero es en esta etapa cuando el adolescente se cuestiona por primera vez, y de manera consciente, *¿quién soy?* (Woolfolk, 2014).

Tal es el caso de la opinión de Díaz-Alzate y Mejía-Zapata (2018) que comentan que al ser la adolescencia una etapa de constante cambio, de búsqueda de identidad y de estabilidad emocional las relaciones sociales son fundamentales para los adolescentes, ya que constantemente se está buscando la aprobación y pertenencia a algún grupo en particular formado por otros jóvenes con los que comparten gustos e ideología similar, y durante esta etapa los amigos ejercen gran influencia en pensamientos y acciones, buscando ser apreciado, querido y aceptado socialmente ya que es un indicador de autoestima y un factor primordial para la adaptación en esta transformación, y sobre todo para alcanzar su identidad, por lo que la socialización y la relación entre pares influye mucho más en el comportamiento del adolescente que la relación familiar.

6.2 LA IDENTIDAD EN EL ADOLESCENTE.

La formación de la identidad en el adolescente es un proceso que coadyuva a proporcionar dirección, significado y propósito a la vida para una transición exitosa del adolescente hacia la edad adulta. En este proceso el adolescente va en busca de su autonomía, principalmente de los padres, además de ir moldeando un yo integral que esté ligado al compromiso social y necesidad de aceptación de sus pares (Pfeifer y Berkman, 2018).

Esta formación de la identidad se realiza a partir de la autoimagen y el autoconcepto de ellos mismos, que ha transitado desde la infancia, y los roles y valores que se han impregnado en la familia (o el ámbito en el cual se ha desarrollado el niño). Todo esto pasará por un rasero que los reestructurará para desechar o conciliar lo que es importante para el adolescente en el camino para forjar su identidad. Creará entonces su propio código de conducta y la integración de su yo que le permitirá avanzar hacia la adultez (Papalia y Martorell 2017).

Erikson (1950) citado en Papalia y Martorell (2017) sostiene que la búsqueda de la identidad era central en la adolescencia y que el esfuerzo del adolescente por dar un sentido al “yo” era un proceso vital y por demás saludable, producto de los logros en etapas anteriores en temas sobre: confianza, autonomía, iniciativa y laboriosidad.

En otro momento, ya en el año de 1968 Erikson, citado en Papalia y Martorell (2017) menciona que la tarea principal en la adolescencia era resolver la *crisis de identidad* frente al *conflicto de identidad* para entrar en la etapa adulta con un sentido coherente del yo y ser valorado por la sociedad.

Marcia (1999 en Woolfolk, 2014) amplió la teoría de Erikson acerca de la formación de la identidad con dos procesos esenciales para llegar a una identidad madura:

1. *Exploración*: proceso por el cual los adolescentes ponen a prueba sus valores, creencias y conductas alternativas para determinar cuáles les producen más satisfacción.
2. *Compromiso*: este engloba las decisiones con respecto a sus creencias políticas y religiosas, luego de llevar a cabo la exploración de las opciones.

De acuerdo con Marcia (1999 en Woolfolk 2014) textualmente menciona las cuatro categorías del estado de identidad que se manifiestan a partir de cuatro patrones de *exploración* y *compromiso*, como puede verse en el siguiente cuadro:

Categorías de Identidad	Patrones de exploración y compromiso
Logro de Identidad	Este se establece cuando el individuo está <i>comprometido</i> con lograr lo que se propuso, después de <i>explorar</i> las opciones realistas.
Moratoria	Los adolescentes se encuentran luchando con las opciones personales y vocacionales, por lo tanto, la exploración experimenta un retraso en el compromiso. En esta etapa los adolescentes podrían vivir una crisis de identidad.
Exclusión de la identidad	Se refiere al compromiso sin exploración. En esta categoría los adolescentes no exploran las opciones, por el contrario, se comprometen con valores, metas y estilo de vida de otros, generalmente sus padres. Asimismo, podrían ser adolescentes que estén a la defensiva, rígidos, intolerantes y dogmáticos.
Difusión de la identidad	Confusión acerca de lo que uno es y de lo que uno desea.

En este mismo tema, Davis y Weinstein (2017) apuntan que en este siglo XXI existen además algunos factores sumamente importantes para el desarrollo de la identidad de los adolescentes: *la tecnología y las redes sociales*. En opinión de González y López (2018), un ejemplo de estas últimas serían: Instagram, Twitter o Facebook que podrían generar en los adolescentes nuevas formas de comunicación

e interacción con los demás y que podrían influir drásticamente en la formación de su identidad que va sujeta o ligada, en muchas ocasiones, a la forma en que sus pares los ven y aprecian a través de “likes” o el número de vistas que hagan de sus publicaciones, en las cuales su imagen, a través de fotografías instantáneamente subidas a las redes, fluctúa de acuerdo con la aceptación o estimación que tengan de ellos mismos y de esta manera los jóvenes se encuentran con una poderosa variable en la construcción de su identidad.

6.3 SALUD MENTAL EN EL ADOLESCENTE:

En un artículo publicado por la Organización de Naciones Unidas, capítulo México (ONU 2019), la directora ejecutiva de UNICEF, Henrietta Fore, explica que *“la mitad de los trastornos en la salud mental empiezan antes de los 14 años”*, por lo que urge que los diferentes gobiernos implementen estrategias apremiantes e innovadoras para prevenirlos, detectarlos y, en su caso, tratarlos a edad temprana.

En este mismo artículo se mencionan los últimos datos obtenidos por UNICEF y los más importantes son los siguientes:

1. *“Más del 20% de los adolescentes en todo el mundo sufren trastornos mentales.*
2. *El suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años.*
3. *Alrededor del 15% de los adolescentes de países de ingresos medios y bajos se han planteado el suicidio”.*

Por su parte, el Dr. T.A. Ghebreyesus (2019), director de la OMS, afirmó que muy pocos adolescentes con trastornos mentales tienen acceso a los servicios que necesitan, por lo que enfatizó que esta situación debe cambiar.

En una investigación hecha por Glazzard y Stones (2019), se evidenció que el uso de las redes sociales de manera indiscriminada podría impactar de forma perjudicial en la salud mental de los adolescentes. En esta investigación hecha en el Reino Unido el año pasado, comentan que este uso de las redes sociales podría resultar

en el incremento de condiciones mentales en los adolescentes tales como ansiedad, estrés, depresión y otros. Al mismo tiempo pudieron constatar el beneficio y los efectos positivos que pudieran tener las relaciones de los jóvenes a través de las redes sociales si éstas fueran usadas de manera segura y responsable, propiciada en conjunto por padres y escuelas.

Mientras tanto, Uribe, Ramos, Villamil y Palacio (2018) mencionan que el bienestar psicológico en los adolescentes estaría estrechamente relacionado con:

- Tener un propósito en la vida.
- Esfuerzo por afrontar las dificultades que se presentan.
- Conseguir las metas propuestas.

Además, mencionan que teniendo en cuenta que la salud mental en el adolescente se centra en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, éstos serían indicadores de un funcionamiento positivo.

Para continuar, Steinhausen (2001 en Tirado *et al*, 2010) encontró cinco factores que influyen en la adaptación y salud mental del adolescente. Aquí estos cinco factores y la definición que hace de ellos:

1. AUTOCOGNISCIONES: Como lo pueden ser:

- a) La Autoestima
- b) La Autoconciencia

2. CAPACIDADES DE AFRONTAMIENTO: De qué manera el adolescente se enfrenta a determinadas situaciones. Son sus recursos como los pensamientos y conductas que desarrolla para obtener los mejores resultados de alguna situación determinada.

3. PERCEPCIÓN DE LOS PADRES: El rechazo de los padres incidirá en aspectos negativos como baja autoestima o aislamiento; por el contrario, la aceptación y apoyo promoverán un desarrollo más adecuado en el adolescente.

4. AMBIENTE ESCOLAR: Los problemas de adaptación y desarrollo dependerán de si el adolescente se enfrenta a la aceptación o rechazo de sus pares, afectando con esto su autoestima.

5. REDES DE APOYO: Son de enorme influencia en esta etapa y dependerán de su calidad y cantidad para ejercer mayor o menor influencia.

En términos generales, como lo anota el *Board of children, youth and families* (2002 en Tirado *et al* 2010), estos factores actuarían como “protectores” contra conductas problema, al mismo tiempo que se sugiere favorecer el desarrollo de hábitos que promuevan la salud, habilidades para tomar buenas decisiones, autorregulación, solución de conflictos y establecer relaciones de confianza con padres, amigos y otros adultos.

Por lo anterior y de acuerdo con Murta, Del Prette, Nunes, Prette y Saldana (2007), es fundamental la identificación de los comportamientos sociales, emocionales y del cuidado de la salud para que se lleve a cabo una buena adaptación y calidad de vida desarrollando investigaciones y servicios relacionados con la promoción de la salud psicológica de los adolescentes

Al mismo tiempo Murta *et al* (2007) mencionan que, en ocasiones, los padres pueden advertir ciertas señales en su hijo que podrían ser preocupantes generando la inquietud de llevarlos a consulta psicológica o algún tipo de terapia, pero sucede entonces que los adolescentes a veces rechazan tal propuesta ya que ellos no advierten que tengan alguna dificultad u obstáculos en su manera de ser, por lo que el origen de los problemas de índole psicológica en los adolescentes está relacionado a un conjunto de factores de riesgo de la persona, la familia y el propio contexto donde se desarrollan.

Así mismo, Tirado *et al* (2010) mencionan que, entre los problemas (del ámbito psicológico) más comunes que se presentan en la adolescencia están:

- Adicciones.
- Los derivados de sexualidad activa no protegida.
- Depresión.
- Desórdenes alimenticios.
- Suicidio.

Baruch, Gerber y Fearon (1998 en Fernández, Herrera y Escobar, 2014) sugieren que los padres y maestros deberán poner especial atención y cuidado para advertir conductas o señales en sus hijos y alumnos, y poder canalizarlos a algún tipo de intervención terapéutica, aunque se encuentren con adolescentes que presenten dificultades para establecer y acceder a una relación terapéutica; así mismo mencionan que existen los jóvenes que lo hacen, pero desisten o renuncian en las primeras sesiones.

7. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES.

7.1 BREVE HISTORIA DE LA TBCS

De acuerdo con De Shazer, Berg, Lipchick, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis (1986), durante las décadas de los años 60's y 70's se desarrollaron numerosos estudios sobre una nueva forma de terapia: *la terapia breve*. Este nuevo enfoque iba prosperando a la par del crecimiento de la terapia familiar. En el año de 1968 se fundó el Centro de Terapia Breve (BFTC) en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto (California). Para el año de 1974 se publicó el libro "*Terapia Breve: Resolución enfocada en el problema*". Durante el mismo año, el Centro de Estudios para la Familia (Milán) también había publicado su libro llamado "*Tratamiento de niños a través de la terapia breve en sus padres*". Ya en el año de 1969 Steve de Shazer comenzó a desarrollar su propio modelo de terapia breve publicando en 1975 su libro "*Terapia breve: dos son compañía*".

Los documentos y libros publicados hasta ese año tenían en común el enfoque en 3 aspectos:

1. Las personas lidian con problemas.
2. Cómo mantienen esos problemas.
3. Cómo resolver los problemas.

La aproximación de esta nueva terapia era visiblemente diferente, con técnicas innovadoras y efectivas, las cuales se interesaban más en las soluciones y la manera en las que éstas incidían en el cambio del individuo.

El origen y la práctica de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) ocurre en el Centro de Terapia Familiar Breve en Milwaukee (EUA) y es desarrollada por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y otros colaboradores. Todo inicia cuando diversos profesionales en diferentes ramas, clínicos, terapeutas e investigadores observaban y grababan sesiones terapéuticas a través de un espejo con el fin de que pudieran

examinar cuando los pacientes presentaban progreso y qué habían hecho los terapeutas para que tal progreso se llevara a cabo. (Bavelas *et al* 2013).

Desde sus inicios, la TBCS fue influenciada por trabajos e investigaciones de diversos personajes, principalmente por el trabajo clínico de Milton H. Erickson, además de estar moldeada por las ideas teóricas de Gregory Bateson (Selekman, 2012).

En adición a lo anterior, García (2013) menciona que la TBCS está vinculada a los siguientes movimientos:

1. *Postestructuralista*: ya que no indagan lo que hay detrás y debajo del lenguaje, sino lo que *hay* en el lenguaje.
2. *Constructivista*: En el cual no se cree que el lenguaje representa la realidad, sino que el lenguaje es la realidad, por lo que la constituye y ordena.
3. *Posmodernista*: Ya que considera que el lenguaje moldea el modo de pensar, y no puede existir pensamiento sin lenguaje. Considera además que el lenguaje es capaz de crear la realidad.

7.2 LA INFLUENCIA DE MILTON H. ERICKSON:

Selekman (2012) comenta acerca de dos de las aportaciones de Erikson en intervención terapéutica que son:

- La *utilización*: consiste en que el terapeuta deberá enfocarse en capitalizar todo lo que los pacientes llevan a terapia. Por ejemplo, el lenguaje verbal y no verbal, sus recursos, su fuerza, sus creencias, etc.
- La “*pseudo-orientación temporal*” en la cual el paciente es llevado hacia el futuro para que, junto con el terapeuta, vea esa situación hipotética como una solución.

De esta manera, Gingerich *et al* (1988 en Selekman 2012) comentan que de Shazer y sus colegas pudieron partir de la base de que todos los pacientes cuentan con

recursos y fuerza suficientes para ser motores de su propio cambio; al mismo tiempo que se dan cuenta de que el problema (o los problemas) con los que acuden a terapia no suceden todo el tiempo por lo que, con esta excepción a la regla, las conversaciones que se tienen entre paciente y terapeuta son motivaciones hacia el cambio, y este tipo dinámico en la terapia fue el agente con el que de Shazer y su equipo finalmente descubrieron que se realizaban cambios rápidos en las creencias y conductas en los pacientes.

Por otro lado, de acuerdo con Villarroel y González (2015) los tres ejes de influencia de Milton H. Erickson en el desarrollo de los trabajos de de Shazer y colaboradores son:

1. Trabajar en las soluciones más que en el problema.
2. Lenguaje de influencia.
3. Utilización de los recursos del paciente.

7.3 LA INFLUENCIA DE GREGORY BATESON:

En segunda instancia está la influencia de Gregory Bateson (1956), de quien Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano (2016) retoman los estudios hechos por Bateson sobre la esquizofrenia y en los cuales se realizó una importante aportación a este tipo de terapia que es una situación llamada: “*doble vínculo*” y describen este término como una forma disfuncional de comunicación que es característica de familias con miembros esquizofrénicos, por lo tanto, el doble vínculo es la emisión de mensajes incongruentes que Bateson asociaba con patrones de comunicación inadecuada dentro de una familia. De esta manera planteaba, hipotéticamente, que una persona que se encontraba en este doble vínculo podía desarrollar síntomas esquizofrénicos. Korsbaek (2012) menciona que el doble vínculo podría ejemplificarse con la siguiente frase: “*Hijo, si quieres ve a la fiesta, no importa si me dejas sola*”

Por su parte García (2013) apunta que este tipo de mensajes causa inestabilidad en el receptor, quien no sabe cómo reaccionar ante el mensaje discordante entrando en un estado de culpa y desarmonía del cual no se puede librar.

García (2013) menciona que en 1952 Bateson funda el “Proyecto Bateson” que era un grupo de investigación de la comunicación y que fue muy influyente para el desarrollo de la psicoterapia, generando una revolución cuando introdujo las perspectivas sistémica y cibernética apoyadas en teorías distintas de la psicología, como la *teoría general de sistemas*. Esta última García (2013) señala que un sistema está conformado por muchos elementos que interactúan entre sí, y que un gran aporte que hizo Bateson, apoyado en esta teoría, es que *“ningún elemento puede considerarse de forma individual, sino que debe ser estudiado en el contexto de sus interacciones”*. Adicionalmente, García (2013) comenta que Bateson decía que un síntoma cualquiera se mantiene en el presente dentro de las relaciones familiares y, por tanto, para que haya una modificación del síntoma se necesita trabajar modificando las interacciones actuales del sistema.

Por otra parte, Daturi (2015) refiere que Bateson tomó de la cibernética el concepto de “feedback” o retroalimentación mencionando que ésta mantiene la estabilidad en un sistema completo. Así mismo menciona que Bateson aduce que *“la información acerca de los efectos de la acción regresa para afectar el sistema”* por lo tanto, ésta es la forma que toma la retroalimentación en la interacción humana. Al mismo tiempo Daturi (2015) explica el término “homeostasis” que comentó Brunello (1998) para explicar de qué manera el sistema se regula para mantenerse estable

Rodríguez-Bustamante (2016) plantea que la familia, como un sistema o grupo con interacción específica, genera espacios para la comunicación que son favorables para una intervención terapéutica de la problemática que se esté desarrollando en el interior del núcleo familiar. Por ello, Korsbaek (2012: 184) menciona que a Bateson no le interesaba *“ni la historia del trauma ni el traumatado, sino solamente*

las características formales que han resultado del trauma, y hay que buscar las pistas en el proceso de la comunicación”.

7.4 OTRAS INFLUENCIAS:

De Shazer, (1997 en Teater, 2013) explica que este enfoque también se basa en la investigación filosófica hecha por Ludwig Wittgenstein quien demostró cómo el lenguaje puede impactar en los problemas.

De acuerdo con de Shazer (1958 en Drury 2014) Wittgenstein sostenía que uno de los trabajos de los filósofos consistía en mantener recordatorios con propósitos particulares, entonces, y bajo esa influencia, Steve de Shazer utilizaba en su práctica uno de esos recordatorios, el cual era “*No pienses sino observa*”.

Conforme a Drury (2014), otra de las ideas principales aportadas por Wittgenstein fue que algunas palabras que cuentan con más de un significado pueden engañarnos a veces, ya que la mente puede brincar de un significado a otro sin que nosotros lo notemos, por lo que para solucionar ese problema durante la terapia, se deberá poner especial atención en el contexto en el que la palabra está siendo usada para que, de esta manera, se mantenga la atención en el contexto en lugar de estar formulando hipótesis.

Por otro lado, acerca de estudios con resultados que respaldan la efectividad de la TBCS, el Manual de Terapia Breve Centrada en Soluciones, menciona varios ensayos controlados y randomizados en Kim, Smock, Trepper, McCollum y Franklin (2010 en SFBTA 2013) en donde estos autores presentaron dos estudios hechos bajo los supuestos básicos de la TBCS en grupos de mujeres adolescentes, estudiantes de preparatoria en los Estados Unidos, en casos de abuso de sustancias y en los cuales los resultados fueron positivos de manera significativa utilizando técnicas de la TBCS en algunos grupos en contraposición con los que no se sometieron a estas técnicas.

8. TÉCNICAS EMPLEADAS EN EL PROCESO TERAPÉUTICO BAJO LA VISIÓN DE LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES

Como lo planteaba de Shazer (1994 en Herrero 2011) las personas entran a un proceso terapéutico para producir o generar un cambio, así el consultante llega a terapia para exponer su problema esperando que el terapeuta le ayude a solucionar su situación. De esa manera se genera una “conversación de cambio”. Por lo tanto, el terapeuta y el consultante entran en el camino de las soluciones, que serán los cambios de comportamiento o de percepción acerca del problema que ambos construirán para modificarlo o alterarlo, al igual que la manera en la que el consultante lo ha manejado y que claramente no le ha ayudado a solucionarlo. De este modo, la “queja” que traiga el consultante más la visión del terapeuta sobre esa queja desarrollará las soluciones construyendo juntos un futuro alternativo que no incluya la queja inicial.

Por otro lado, García (2015) menciona que este modelo terapéutico está enfocado en trabajar, en primera instancia, en las soluciones, por lo que intenta reducir el tamaño del problema al aumentar los aspectos no problemáticos (excepciones), por lo que la TBCS asiste al consultante para identificar hacia dónde quiere dirigirse y qué quiere conseguir, y de esta manera se propicia que los consultantes asuman su responsabilidad y control de cualquier situación diferente que generen.

A continuación, y de acuerdo con García (2015) se detallarán las diferentes técnicas que facilitan el proceso terapéutico desde la visión de la TBCS:

8.1 PROYECCIÓN A FUTURO:

Esta técnica consiste en exhortar al consultante a que imagine un futuro con la queja o problema resuelto. Lo importante de esta técnica es fomentar que el consultante describa detalles de la solución para que se puedan fijar objetivos y generar

expectativas de cambio. Esto resultaría en un plan de acción concreto entre terapeuta y consultante.

Los puntos más significativos de esta técnica son:

- Identificar los avances y mejoras que se vayan teniendo de acuerdo con los objetivos planteados.
- Al verse en un futuro sin problema, el consultante podrá generar un contexto más positivo para poder resolver el presente. Esto es una redefinición de su marco de referencia.

Dentro de la *proyección a futuro* se generan otras dos técnicas:

1. La Bola de Cristal: Steve de Shazer realizaba esta técnica por medio de hipnosis. De cualquier forma, en este procedimiento se le pide al consultante que proyecte visiones tipo “bola de cristal” en donde tuviera un encuentro con él mismo en el futuro y que le comentara cómo había resuelto el problema. Posteriormente se abordaría, por parte de terapeuta y consultante, la definición de objetivos para llegar al resultado que se había generado en el futuro.
2. La Pregunta Milagro: No es una sola pregunta, sino una secuencia de preguntas. Consiste en plantearle al consultante que, por un milagro acontecido, su problema o queja ya se solucionó. Se procede entonces a hacer preguntas puntuales como: ¿Qué vas a notar diferente?, ¿Cómo te darás cuenta de que este milagro ocurrió? Sobre las respuestas expresadas por el consultante se podrían formular objetivos que indiquen cambios concretos, aunque sean mínimos. Esto a su vez genera un plan preciso de acción.

8.2 LAS EXCEPCIONES:

Esta técnica es imprescindible para averiguar qué pasa cuando no pasa el problema o la queja, y cómo le hace la persona para que el problema no pase. Es necesaria esta técnica ya que, tanto el terapeuta como el consultante, necesitan saber qué hace este último que funciona y es efectivo. De esta manera el consultante se dará cuenta que es lo que sí y lo que no funciona.

De Shazer (1991 en García 2013) apunta tres tipos distintos de excepciones:

1. Las que se producen antes de iniciar la terapia.
2. Las que se producen en el momento de la entrevista (cambio pretratamiento)
3. Las que aparecen cuando ya se ha iniciado la terapia. Estas son llamadas “avances” o “cambios terapéuticos”.

8.3 PREGUNTAS DE ESCALA:

Esta resulta de sugerir al consultante que se sitúe él, su problema o su avance en una escala numerada, por ejemplo:

“Del uno al diez, siendo el uno *nada* y diez *lo máximo* ¿en dónde ubica usted los avances de esta semana?”

La utilidad de esta técnica:

1. Es un dispositivo de evaluación del progreso del consultante.
2. Permite plantearse y replantearse objetivos finales. Ejemplo: ¿Cómo sabría usted que ya está en el número diez?
3. Ayuda al terapeuta a darse cuenta de la eficacia de las sesiones y si hay mejoría.
4. Genera esperanza y confianza en el cambio.

Las preguntas escala centran el diálogo en las soluciones y excepciones previas, señalando avances, por pequeños que estos sean, lo que da pie al terapeuta a

seguir preguntando ¿Cómo llegó del cinco al seis?, ¿Esto sería satisfactorio para usted? o ¿Cómo le haría para subir hasta el siete?

8.4 USO DEL ELOGIO TERAPÉUTICO:

Se utiliza esta técnica para resaltar los aspectos positivos del consultante, los logros que va teniendo, las actitudes o acciones que han funcionado para producir cambios. Esto motiva y estimula al consultante y lo pone en un camino de perseverancia y de confianza en el cambio.

8.5 LA PAUSA:

Es una técnica usada en terapia familiar que consiste en tomarse “un respiro” hacia final de la sesión con el objetivo de generar en el consultante una especie de expectación y mayor predisposición para recibir un mensaje final del terapeuta. Para éste significa marcar dos etapas en la sesión: una para recabar información y otra para la retroalimentación; en la cual se podrán introducir tareas terapéuticas, elogios, recapitulación o reencuadre.

8.6 LAS TAREAS:

Sobre este punto de las tareas Beyebach (2012) describe que esta técnica tiene los siguientes objetivos:

1. Dar un cierre a la sesión y que el consultante pueda llevarse a casa algo que hacer para su problema.
2. Impulsar o fomentar cambios entre las sesiones. Muy útil cuando el terapeuta siente que ha tenido una mala sesión.
3. Extender los cambios fuera de la terapia hacia el contexto natural del consultante.

Por su parte García (2013), menciona algunos tipos de tareas que pueden aplicarse a los consultantes:

- a) *Tarea-Fórmula de la primera sesión:* Esta tarea consiste en llevar la atención del consultante hacia lo que está ausente en su relato y que está opacado por el problema. En otras palabras, qué es lo que le gustaría al consultante que se mantuviera como está (de la situación o del otro).

- b) *Caja de recursos o herramientas:* En esta tarea el consultante tendrá una caja con notas que le recuerden las herramientas con las que cuenta y lo que quiere seguir mejorando. Adicionalmente anotará una lista de personas a las que pueda llamar en caso de necesidad.

- c) *Tarea de la sorpresa:* Esta tarea consiste en que cada miembro (en la familia o pareja) prepare una sorpresa para que el otro la adivine y observen qué efectos tienen. Uno de los objetivos de esta tarea es que las personas se fijen en las cosas buenas que hacen los otros.

- d) *Tarea de los Post-it:* Consiste en dejar mensajes positivos al otro en pequeñas notas escondidas en diferentes lugares de su casa.

- e) *Tarea del “como si” el problema ya no existiera:* Tiene como objetivo que el consultante actúe en su contexto como si el problema no existiera y que observe las conductas y actitudes.

- f) *Tarea de la predicción:* En esta tarea se deberá escribir por las noches una predicción para saber si se va a tener una mejoría. Al siguiente día se deberá cotejar si la predicción fue acertada o no. Esto debe hacerse cada noche y llevar los resultados al terapeuta en la siguiente sesión.

- g) *Cartas terapéuticas:* Se le pide al consultante que escriba una carta a alguien (hipotético) que esté pasando por los mismos problemas y como él los ha

enfrentado. Su objetivo es que el consultante se dé cuenta de los éxitos y cambios que va experimentando.

Como conclusión, Beyebach (2012) menciona algunas advertencias para el uso de las tareas por parte del terapeuta:

1. Que la tarea sea coherente con lo que se ha hablado en la sesión.
2. Que el consultante esté dispuesto a hacerla.
3. En caso de que el terapeuta tenga duda, éste deberá optar por lo más simple.

El terapeuta deberá estar atento a la resistencia y/o cooperación del consultante para llevar a cabo las tareas y basar su criterio en ello.

8.7 PARÁFRASIS:

Siguiendo con García (2013) menciona que esta es una excelente herramienta comunicativa en la cual se repiten ciertas expresiones dichas por el consultante con el fin de que éste se sienta entendido y escuchado en su mensaje. La utilidad de esta técnica es que el especialista puede inclinar sutilmente la balanza para favorecer ciertos contenidos sobre otros que serán de más utilidad en el trabajo terapéutico.

8.8 SI NO FUNCIONA, HAZ ALGO DIFERENTE:

De Shazer (1991 en Herrero y Beyebach 2018) apunta que cuando se trabaja con la cara opuesta de la moneda, en lugar de centrarse en la solución (que pudiera no estar dando resultados) se hará con el problema, y esto deberá hacerse de manera breve ya que el enfoque que nos ocupa es el de las soluciones, por lo que en ocasiones la solución al problema es el mismo problema. De igual manera, de Shazer (1991 en Herrero y Beyebach 2018) menciona una especie de “mapa central”

en las siguientes frases y que funcionaría como una especie de hilo conductor para el especialista:

- Si no está roto, no quieras arreglarlo.
- Si algo funciona, hazlo más.
- Si no funciona deja de hacerlo, haz algo diferente.

9. LOS ADOLESCENTES EN PROCESO TERAPÉUTICO

De acuerdo con Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández (2002), cuando se habla de una terapia o tratamiento psicológicos se refiere a una intervención que lleva a cabo un profesional de la salud mental, como lo puede ser un psicólogo, en las diferentes técnicas psicológicas y en contextos como el clínico (con sujetos de todas las edades) o el educativo (que incluye niños y jóvenes en el ámbito educativo); de esta manera el psicólogo o terapeuta pondrá especial atención en ayudar a sus pacientes a observar los ámbitos en los cuales tienen dificultades, que desarrollen soluciones y las apliquen en los eventos que les causen conflicto en su vida.

Ahora, conforme a Fernández, Herrera y Escobar (2014), cuando se habla de adolescentes en terapia la visión es diferente ya que la investigación y los estudios sobre las intervenciones psicoterapéuticas se enfocan predominantemente a la población adulta, y si bien los jóvenes de ahora serán los adultos del mañana, habrá que atender los diferentes conflictos o desórdenes en la salud mental de los adolescentes si se quiere ver a individuos adultos con más y mejores herramientas para la solución de sus dilemas u obstáculos presentes en su día a día.

Como lo apunta Páramo (2011), para que una ayuda terapéutica sea efectiva habrá que tomar en cuenta que hay diferencias entre las determinadas terapias psicológicas que van enfocadas y aplicadas a la población adulta de las que se han aplicado a la población adolescente, siendo uno de los puntos más importantes para que haya resultados adecuados con los jóvenes es considerar normas de aplicación

por edad y género, además de las características y necesidades que tengan en diferentes contextos socioeconómicos.

Por otro lado, Burak (2001 en Páramo 2011) acota que uno de los errores más comunes que llevan a cabo los servicios de salud en Latinoamérica es que sus acciones van dirigidas a problemas muy específicos en lugar de tener una visión integral para promover el desarrollo humano y la salud mental de la población adolescente.

De acuerdo con la *Encuesta de Salud Mental en Adolescentes en México* hecha por Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, Rojas, Fleiz, Méndez, Zambrano y Aguilar (2005), la importancia sobre la inclusión de los adolescentes a un trabajo terapéutico debe llamar la atención de los diferentes profesionales en los ámbitos educativos y de salud haciendo un análisis profundo y sistemático acerca de los trastornos que afectan a los individuos en esta parte de su desarrollo si se quiere mejorar la salud mental de los futuros adultos en el país ya que el 51.3% de los adolescentes encuestados cumplieron con criterios para algún trastorno mental en alguna parte de su vida, y los trastornos más frecuentes en esta población fueron: las fobias (específicas o sociales), de ansiedad, impulsividad, afectivos y por uso de sustancias. Por lo anterior y de acuerdo con lo dicho por Erickson (1968 en Fernández, Herrera y Escobar 2014) deberá de considerarse a la adolescencia como una etapa con amplias probabilidades de reestructuración y reconstrucción a partir de las intervenciones terapéuticas para reparar el funcionamiento psicológico de los jóvenes, con procesos ágiles y adecuados que enganchen la atención de los individuos en una de las crisis normativas más significativas del desarrollo.

De acuerdo con Caraveo, Colmenares y Martínez (2002) diversos estudios que se han hecho sobre la psicopatología del desarrollo han puesto de manifiesto que algunos trastornos que se han iniciado en la infancia persisten hasta la edad adulta; así mismo, estos trastornos influyen y favorecen conductas de riesgo en los

adolescentes, y en algunos casos se complican debido a aquellas como el uso y abuso de sustancias, conductas suicidas, delitos, actos violentos o embarazos.

Aún y con la información anterior no existen estudios, como lo apuntan Caraveo, Colmenares y Martínez (2002), con la población general en México, que indiquen cuáles serían los motivos por los cuales los padres finalmente no se sientan inclinados a solicitar ayuda psicológica para sus hijos; y esto es, en parte, por el desconocimiento de los medios o procedimientos que intervengan para la salud mental de los adolescentes, así como el escepticismo de los resultados favorables de un trabajo terapéutico.

En adición a lo anterior y comentado por Kazdin (2004 en Fernández, Herrera y Escobar 2014), los jóvenes que finalmente entran a un proceso terapéutico lo hacen motivados u obligados por los padres o la escuela debido a que los mismos adolescentes no perciben disfuncionalidad en su conducta, y hay una fuerte oposición e incredulidad para generar una relación terapéutica que los lleve a un cambio, por lo que la asistencia o permanencia a un tratamiento será más difícil, de esta manera, la resistencia que manifiesta un adolescente hacia el abandono de conductas riesgosas y/o de sustancias, así como el cambio de comportamiento hace que la intervención en el ámbito de la salud mental se complique y se atrasen resultados eficaces para un desarrollo más saludable desde el punto de vista psicológico.

De acuerdo con lo que plantean Fernández, Pérez, Gloger y Krauze (2015), los elementos presentes que hacen más difícil el establecimiento de una relación terapéutica y la baja permanencia en los tratamientos serían:

- Las características propias de la adolescencia.
- Necesidades de autonomía, autodeterminación y auto-confirmación.
- Desconfianza de la edad adulta.
- Nivel de desarrollo cognitivo-operativo formal.

Y Escudero (2011) comenta que los problemas que muchas veces requieren intervención terapéutica surgen cuando las familias parecen ser incapaces de afrontar adecuadamente las crisis que se generan con el paso de la infancia hacia la adolescencia, y, por el contrario, las dificultades se hacen crónicas y redundantes abonando a un clima paralizante, tanto para la vida familiar como para el desarrollo afectivo, psicológico y social del adolescente; de esta manera, el éxito o fracaso de un modelo terapéutico y las técnicas asociadas es directamente proporcional a la colaboración que se tenga del adolescente como de la familia entera.

10. LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES ENFOCADA A ADOLESCENTES

De acuerdo con el planteamiento de Berger (2004), existe una falta de equilibrio entre la oferta de programas y servicios de ayuda psicológica, que tienen el objetivo de favorecer un mejor desarrollo adolescente, y la demanda que hacen los adolescentes para recibir ese apoyo.

A propósito de lo anterior, nuevamente Berger (2004 en Páramo 2011) indica que se hace necesario entonces que se trabaje para balancear esa insuficiencia entre la oferta y la demanda de programas de soporte psicológico, y procurar un acercamiento de los jóvenes a las fuentes de apoyo; así pues, en esta relación asimétrica se requiere enfocar la atención en la subjetividad adolescente, reconociéndola e integrándola a cualquier programa o trabajo terapéutico, más allá de la objetividad adulta, y por consiguiente esto podría resultar en planteamientos más efectivos en la ayuda psicológica para los adolescentes.

Como lo menciona Selekman (2012), durante sus años como terapeuta dedicado a los adolescentes problemáticos ha hecho una labor continua para poder ofrecer una propuesta, que él califica como efectiva, para lograr un cambio favorable en ellos después de haber sido etiquetados como difíciles, rebeldes y fracasos en terapia, resultando que eso lo llevó a describir opciones de trabajo terapéutico bajo el

lineamiento de la terapia breve centrada en soluciones y llevando a cabo los siguientes esfuerzos por parte de los terapeutas cuando trabajan con adolescentes y que requieren que el proceso no sea difícil:

1. Evitar las etiquetas.
2. Suponer que los adolescentes siempre cuentan con las fuerzas y recursos para cambiar.
3. Considerar a la terapia como una empresa cooperativa en la que se espera que el adolescente determine todos los objetivos de ésta.
4. Averiguar qué cosas les gustaban o disgustaban de las terapias anteriores.
5. Darle al adolescente un tiempo de sesión individual para evaluar sus necesidades, objetivos y expectativas.
6. Que las personas cercanas a ellos participen activamente del proceso terapéutico.
7. Ser flexible como terapeuta e improvisar cuando sea necesario.

De Shazer (1988 en Selekman 2012) también propone capitalizar estos supuestos para generar cambios en las conductas y creencias. Agrega Watzlawick *et al* (1974 en Selekman 2012) que este tipo de trabajo es de gran utilidad con los adolescentes usándose a sí mismos como agentes del cambio De esta manera y de acuerdo con White y Epston (1989 en Tarragona 2006), uno de los objetivos al trabajar con adolescentes en la TBCS es la de ofrecerles la posibilidad de activar y poner en práctica decisiones que los conduzcan a lograr lo que quieren en la vida, qué prefieren hacer y cómo les gustaría ser.

11. LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES PARA ADOLESCENTES.

Sobre la efectividad del enfoque de la terapia breve centrada en soluciones de manera general y no sólo enfocada en adolescentes, MacDonald (2017 en Beyebach y Herrero 2018) constata la publicación de 134 estudios controlados sobre la efectividad de este enfoque. Al mismo tiempo menciona sobre el 70% de resultados favorables en 94 estudios que comparan este enfoque con otros modelos de intervención.

En cuanto a la terapia breve centrada en soluciones aplicada en el ámbito escolar con los adolescentes Beyebach y Herrero (2018) mencionan resultados similares o superiores sobre la intervención escolar basada en este enfoque en comparación con otros modelos. Como ejemplo están los siguientes estudios controlados realizados en Estados Unidos que fueron revisados por Kim y Franklin (2009 en Beyebach y Herrero 2018):

1. Sobre asistencia escolar y calificaciones académicas (Franklin *et al.*, 2007; Newsome 2004; en Beyebach y Herrero 2018).
2. Autoestima (Kvarme *et al.*, 2010 en Beyebach y Herrero 2018).
3. Síntomas de TDAH (Boyer *et al.*, 2014, 2015 en Beyebach y Herrero 2018).
4. Problemas de conducta en el aula (Osenton y Chang, 1999 en Beyebach y Herrero 2018).

De esta manera, Beyebach y Herrero (2018) mencionan que en el contexto educativo se encuentran instituciones colmadas de problemas, con adolescentes carentes de interés por su aprendizaje, con dificultades y escasez en sus relaciones sociales y un alto grado de dependencia de la tecnología y las redes sociales por lo que el trabajo terapéutico representa un reto para psicólogos, maestros y padres, y al mismo tiempo, la escuela es un lugar de oportunidades y soluciones en donde surgen excepciones y esfuerzos conjuntos que consiguen resultados excelentes.

Por otro lado, Selekman (2012) apunta que con los adolescentes se deberá trabajar la TBCS de manera creativa, y que en las sesiones todo está permitido, desde la espontaneidad hasta el humor y los elementos cómicos de la historia familiar. Al mismo tiempo describe este autor a la improvisación como una herramienta fuerte y útil que puede aprovecharse de diversas maneras como: contar cuentos, hacer representaciones dramáticas y probar estrategias basadas en otros enfoques terapéuticos, de esta manera estas actividades mantendrán a los adolescentes receptivos al trabajo terapéutico y como agentes para la construcción conjunta de las soluciones.

De la misma manera, Selekman (2012) puntualiza a la terapia breve centrada en soluciones como un modelo útil de tratamiento para diferentes grupos de adolescentes como lo pueden ser los problemáticos, difíciles, delincuentes, drogadictos, violentos, con trastornos de la alimentación, con problemas escolares o con depresión.

Así pues, a continuación, se mencionan algunos trabajos en los que queda de manifiesto la efectividad de la TBCS, ya sea como enfoque único en el trabajo terapéutico, pero también como coadyuvante con otros enfoques.

1. Estudio hecho por Altundag y Bulut (2019) para evaluar la efectividad de una intervención bajo el enfoque de la TBCS realizada con estudiantes del último año de bachillerato en Turquía, se comprobó que este enfoque sí tuvo efectos positivos para disminuir la ansiedad ante la presentación de exámenes de ingreso a la universidad.
2. Estudio hecho por Villaroel y González (2015) para disminuir el estrés académico, se probó que este enfoque aunado al cognitivo conductual, arrojaron resultados positivos en los participantes adolescentes que se sometieron a esta investigación.

3. Estudio hecho por Galdánez (2015) presenta una investigación sobre la disminución de síntomas depresivos llevando a cabo sesiones de terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual en un caso de infidelidad sufrido por una mujer joven.
4. Estudio hecho por Guajardo y Cavazos (2013) se constató una eficacia en el tratamiento de un caso de violencia en el noviazgo a partir de 10 sesiones con los enfoques de terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual.
5. Estudio hecho por Aramayo (2011) en el cual se comprobó igualmente la eficacia de la terapia breve centrada en soluciones en el caso de un adolescente de 14 años como agresor sexual y recluido en un centro de rehabilitación. Los objetivos planteados al inicio del trabajo se alcanzaron.
6. Estudio hecho por Lu, Wang y Dong (2017) en el cual los resultados mostraron que la prescripción de ejercicio basada en la terapia breve centrada en soluciones arrojó una disminución significativamente mayor en los niveles de depresión, ansiedad, así como aumento en la calidad del sueño. Esto con el objetivo de mejorar la salud mental en lo adolescentes.
7. Estudio longitudinal (3 años) hecho por Knekt *et al* (2008) en Finlandia acerca de la efectividad de la terapia a largo plazo vs las terapias breves (principalmente la breve centrada en soluciones) en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Se demostró que hubo disminución significativa de síntomas de esos desórdenes en las personas que fueron tratadas bajo el enfoque de la TBCS en contraposición con las que realizaron terapias de largo plazo.

12. LA INTERVENCIÓN ESCOLAR CENTRADA EN SOLUCIONES UNA PROPUESTA

La intervención escolar es definida por Negrete (2009) como “una acción intencionada sobre un campo, problema o situación específica para su transformación”. De esa manera, Garaigordobil (2009) apunta que se parte de un problema, una necesidad o una petición de apoyo que se haya detectado en un diagnóstico o una evaluación psicológica con los alumnos, tanto a nivel individual como colectivo, de esta manera el diagnóstico es una herramienta fundamental para detectar esos problemas o necesidades, y de éste se plantea una estrategia de intervención que sea viable, conveniente y fundamentada en los aspectos teóricos y metodológicos para la consecución de los objetivos establecidos y su posterior evaluación.

Así pues, Negrete (2009) dice que la intervención escolar con adolescentes, basada en la TBCS, es una práctica planeada en donde se le confiere al alumno gran parte de la responsabilidad de su propio proceso y compromiso en una transformación profunda.

Por su parte, Herrero y Beyebach (2018) anotan que los maestros o profesionales de la educación centrados en soluciones deberán trabajar bajo la postura de 5 ejes primordiales que definirán su estilo de intervención.

A continuación, se definirán y explicarán cada uno de estos ejes definidos por Herrero y Beyebach (2018):

1. POSICIÓN CONSTRUCTIVISTA/CONSTRUCCIONISTA:

La cual debe considerar que existe una realidad para cada persona, familia o institución, y por ello los problemas se percibirán en cada una de estas entidades dependiendo de cómo han construido su realidad. En igual forma, se deberá tener en cuenta que existe una constante co-construcción social ya que las narraciones de las personas influyen en las de los que interactúan con ellas. Dentro de este eje

la principal herramienta de construcción es el lenguaje, y su consecuencia será la de generar una narrativa alterna. No se puede “leer entre líneas”, no se puede dar por sentado que lo que expresa el lenguaje significa una sola realidad. Por ejemplo, si un alumno dice que ha estado distraído porque su padre se ha quedado sin trabajo y por ello no ha podido realizar su proyecto a tiempo, en lugar de analizar o juzgar la veracidad del hecho simplemente se le preguntará qué ha pensado hacer dadas las circunstancias y analizar el contexto completo con base en preguntas para que el mismo alumno pueda generar una solución a su situación.

De esta manera se asume que cada alumno es único y que no existe el “bueno”, “normal”, “rebelde”, “problemático” o “torpe”. Se aceptará la diversidad de las formas de actuar y comportarse, siendo la tarea del especialista esforzarse para dejar en suspenso sus propias preferencias y/o juicios, y centrarse en las de sus alumnos para evitar etiquetar o sacar conclusiones.

2. COLABORACIÓN ACTIVA:

Se refiere a establecer una relación en donde el profesional centrado en soluciones evita tomar una posición de experto hacia sus interlocutores, cuidando la relación, trabajando hacia objetivos claros, tratando de tomar en cuenta la visión del mundo de los otros, la manera en la que la construyen y acompañarlos en el proceso. De lo que se trata básicamente es tener la visión de que los otros colaboran en lugar de ver resistencia y mirarlos como personas capaces y fuertes.

3. APUESTA POR EL CAMBIO:

En la intervención escolar centrada en soluciones se advierte que el cambio es constante y que es muy importante amplificar y enfatizar en las mejorías que se vayan advirtiendo, por muy pequeñas que sean, o que suponen una excepción al problema.

4. EL CONTEXTO:

Se ha mencionado varias veces que el contexto es fundamental para llevar a cabo un análisis del marco familiar, social y cultural y tener una visión más amplia. En la intervención escolar no debe ser diferente y poner énfasis en el contexto relacional entre maestros y alumnos, así como la influencia familiar en estos dos grupos. El contexto relacional genera y explica el significado de los comportamientos, no importa si son funcionales o disfuncionales. Por lo tanto, la intervención entrará en la estructura o marco relacional y será posible generar cambios en el sistema si se ayuda a cambiar una de las partes (de Shazer 1994 en Herrero y Beyebach 2018).

5. SIMPLICIDAD:

En la intervención escolar se necesita apostar por el cambio más simple para obtener resultados. Recordar además dos principios de la teoría sistémica: *equifinalidad* y *equipotencialidad*; esto es que se puede llegar al mismo lugar partiendo de orígenes distintos y terminar en lugares diferentes partiendo del mismo origen. Tal como se aplicaría la navaja de Ockman: *la explicación más sencilla suele ser la correcta* (de Shazer 1994 en Herrero y Beyebach 2018).

13. APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES CON ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO ESCOLAR.

De acuerdo con todo lo expuesto en el marco teórico y de acuerdo con las técnicas descritas, a continuación, se expondrán éstas en su aplicación para intervenciones escolares con adolescentes.

13.1. PROYECCIÓN A FUTURO / PREGUNTA MILAGRO:

Para la intervención escolar centrada en soluciones con adolescentes la utilidad de la Pregunta Milagro será la de cuestionar sobre el objetivo al que se quiere llegar en el trabajo terapéutico. Esta técnica generalmente empieza con una explicación del especialista (psicólogo, maestro, consejero, etc.) de esta manera:

“Me gustaría hacerte una pregunta. Vamos a suponer que hoy regresas a tu casa, haces tus actividades diarias, tu rutina de siempre como tu tarea o ejercicio; en la noche todo está en calma, duermes en paz y durante tu sueño ocurre un milagro. Ese milagro consiste en que el problema que te trajo aquí está resuelto. Como esto ocurre durante la noche y tú duermes no sabes que el milagro sucedió. Al despertar y comenzar tu día ¿Cómo sabrías que el problema se ha resuelto?”

Al iniciar con esta pregunta, el adolescente podrá imaginarse posibles soluciones, pero sobre todo empezará a darse cuenta de lo que se encuentra en sus manos para iniciar con pequeños cambios.

De la misma manera se puede ampliar con las siguientes preguntas:

¿Cómo te darías cuenta, al llegar a la escuela, que ese milagro ocurrió?

¿Qué sería diferente?

¿De qué manera este milagro afectaría tu vida?

- ¿Qué cosas ocurrirían?
- ¿Qué pasaría si al menos algo de ese milagro se cumple?
- ¿Qué acciones tendrías que llevar a cabo para que ese milagro ocurra?
- ¿Cuál sería el resultado de estas acciones?
- ¿A qué personas afectaría?
- ¿Cómo sería tu vida si todo esto ocurriera?

Dentro de esta técnica lo importante no es hacer la pregunta correcta, sino aprovechar cada respuesta anterior para ayudar al alumno a formular y establecer sus propias metas que lo motiven al cambio (Herrero y Beyebach 2018).

13.2. EXCEPCIONES:

En la técnica de las excepciones con los adolescentes, el especialista pretende encontrar las ocasiones en las que se esperaba que sucediera el problema (malas calificaciones, no hay motivación, estado de ánimo deprimido, etc.) pero éste no se dio, o se dio con menor intensidad. De esta manera se busca que el adolescente se dé cuenta de que ya está alcanzando sus objetivos.

De igual forma, el especialista requerirá de anclar los cambios que el alumno le vaya comentando y al mismo tiempo ampliar las descripciones de esos cambios para que él se atribuya el mérito y vaya teniendo el control de sus mejorías. De esta manera se podrían utilizar las siguientes preguntas:

- ¿Cómo cambiaste eso?
- ¿Qué es lo que hiciste en vez de...?
- ¿En qué notaste que la situación era diferente?
- ¿Cuál fue la primera cosa que hiciste para ...?
- ¿Cómo reaccionaste cuando ellos ...?
- ¿Cómo respondieron ellos a ...?
- ¿Qué más notas que ha ido mejor?

¿Qué significa para ti que te hayan dicho eso ...?

¿Qué efecto tuvo sobre ti eso durante el día?

De acuerdo con Herrero y Beyebach (2018) es importante también incluir a las personas relevantes de los alumnos como padres, hermanos, amigos o maestros en las preguntas y en los méritos de los cambios. De esa manera las personas se darán cuenta de cómo los ayudaron los otros. Así, el hecho de conectar estas preguntas a las emociones ayudará a internalizar más el control de su situación.

Por otra parte, cuando se trabaja para anclar los cambios, es decir, enfatizarlos y ampliarlos para que el adolescente se dé cuenta de ellos en positivo, lo que generará es que éste siga haciendo aquello que le ayuda y le posibilita el cambio.

13.3. PREGUNTAS DE ESCALA:

Las preguntas a escala son quizá la herramienta más usada y adaptable casi a cualquier situación. Son muy convenientes después de haber trabajado con las excepciones ya que con la escala se está hablando de mejorías y logro de objetivos, además de ir separando el cambio en pasos pequeños. Ayuda al especialista a ver también sus logros en el trabajo terapéutico. Por ejemplo:

Terapeuta: Alicia, el día de hoy, en una escala de 0 al 10 en donde 0 representa la primera vez que hablamos sobre tu problema de inseguridad y 10 representa que puedas decirme “gracias, he resuelto mi problema” ¿Dónde dirías que estás ahora?

Alicia: Ahora creo que estaría en cinco, pero si necesito volver a exponer en clase creo que sentiré que estoy en dos.

T: ¿Qué haría falta para que ese cinco permaneciera y no bajara a dos? ¿Qué te gustaría que hiciera yo que te ayudara a sentirte más segura?

(...)

Las preguntas de escala ayudarán al especialista a tener una hoja de ruta en la consecución de los objetivos con el adolescente y a este le ayudará para saber qué sí está haciendo adecuadamente para lograrlo.

13.4. ELOGIOS:

El elogio resulta muy útil como herramienta terapéutica en intervenciones escolares con adolescentes ya que ellos, por sus características, están luchando por construir una identidad y autoestima. Esta última se ve afectada por muchas razones en esta etapa de su vida. Lo importante con esta técnica es que el especialista lo haga de manera honesta, congratulándose de los logros y los recursos que han llevado a cabo en el proceso. El objetivo es que el adolescente se sienta motivado con el cambio y siga perseverando en ello. Esta técnica puede realizarse después de hacer la pregunta de escala, por ejemplo:

Terapeuta: Luis, de acuerdo con lo que conversamos la otra sesión acerca de tu distracción en clase ¿Dónde te colocarías esta semana si 0 fuera totalmente distraído y 10 nada distraído, total atención en clase?

Luis: Yo pienso que entre cuatro y cinco.

T: ¿Diríamos entonces que como un 4.5?

L: Sí, yo creo que sí.

T: ¿Cómo has mejorado para llegar a ese “casi cinco”?

L: (...)

T: Me ha gustado como has llevado la situación. Veo que tienes habilidades para resolver esas situaciones que mencionas como difíciles. Tengo curiosidad ¿Cómo fuiste capaz de poner atención cuando tus compañeros de atrás estaban jugando?

13.5. LAS TAREAS:

Como se vio anteriormente, las tareas son para que el adolescente se lleve algo que hacer a casa y se pueda fomentar o generar un cambio en su contexto natural.

Pueden ser prescritas de acuerdo con la problemática y no sin antes haber construido una relación terapéutica sólida. Estas tareas pueden ser:

13.5.1 Caja de Herramientas: Es una tarea que pudiera resultar muy valiosa para el adolescente. Se le pedirá que construya y arregle una caja a su gusto, que sea atractiva. En ella irá guardando las herramientas con las que cree que cuenta para sortear las dificultades que está teniendo o cuando sienta que no está pudiendo con el problema. Estas herramientas o recursos pueden ser:

Una carta que haya escrito él/ella mismo en un día que se sienta bien para cuando tenga un día malo. Una especie de carta de apoyo para él/ella mismo.

Los teléfonos de las personas importantes para él/ella a quienes llamar.

Fotos de seres queridos.

Amuletos.

Objetos muy queridos o significativos.

Etc.

Esta tarea requiere que el adolescente ya haya identificado previamente los recursos con los que cuenta y que le ayudan a lidiar con su problema.

13.5.2 Como si el problema no existiera: Esta tarea tiene como objetivo que el adolescente sea muy observador de las conductas y actitudes propias y de los demás fingiendo como si el problema no existiera, por ejemplo:

Terapeuta: Y cuéntame ¿Qué pasó cuando te quedaste callado sin gritarle a Ricardo cuando te molestaba?

Jaime: No supo qué hacer, estaba sacado de onda. Se quedó parado un momento y luego siguió molesto.

T: ¿Y tú qué actitud escogiste tener?

J: Pues como lo platicamos la última vez, me imaginé que estaba cantando.

T: ¿Qué significa eso?

J: Que no dejé que me afectara y me fui de ahí sin pelarlo, pero yo no estaba enojado, seguía imaginando que cantaba y hasta me divirtió pensar así.

13.5.3 Predicciones: Esta tarea puede mantener al adolescente muy alerta, aunque se puede correr el riesgo de que le parezca cansado hacerlo todas las noches y tomar nota de los resultados. El adolescente deberá tener la disposición y el ánimo ya que puede arrojar estupendos resultados. Ejemplo:

Terapeuta: *“Todas las noches, antes de irte a la cama harás una predicción acerca de cómo podrías mejorar la situación con tu mamá. Al día siguiente actuarás como de costumbre, pero al final compararás lo que hiciste con tu predicción del día anterior para ver si se cumplió o no. Anotarás además que diferencias hubo en tu día. Cada día hará una predicción y la siguiente vez que nos veamos traerás los resultados”.*

13.5.4 Cartas terapéuticas: Con esta tarea el adolescente podrá ver los avances que ha tenido en la solución de su problema a la par de darse cuenta de los recursos utilizados para solucionarlo, por ejemplo:

Terapeuta: *“Jimena, me gustaría que escribieras una carta a una amiga imaginaria que vive en España y que está pasando por el mismo problema que tú. Imagina que le cuentas cómo has logrado llegar hasta dónde estás hoy en la solución de tu problema y de qué herramientas, actitudes, acciones, etc. te has valido para llegar a ello. Me gustaría que fueras lo más específica posible para que ella pudiera entenderte bien”.*

13.6. PARÁFRASIS:

La paráfrasis nos ayudará a orientar la comunicación con el adolescente. El especialista repite ciertas frases en la interacción, de esa manera el adolescente

siente que él está siendo escuchado y entendido. Tiene la ventaja de que el especialista puede inclinar la balanza de la comunicación hacia los aspectos que quiera dar énfasis. Ejemplo:

Terapeuta: Ana *¿Cómo has estado trabajando tu agobio con los proyectos escolares?*

Ana: *¿No sé, me parece que me hago bolas, me desespero y quisiera que mis compañeros de equipo cooperaran más?*

T: *¿Qué cooperen más?*

A: *Sí, a veces siento que me dejan sola con la mayor parte del trabajo.*

T: *A veces te dejan sola.*

A: *Sí, y tengo que estar presionando a algunos para que trabajen.*

T: *¿Otros si trabajan y te ayudan?*

A: *Sí claro, aunque también se quejan.*

T: *Trabajan y se quejan...*

(...)

Lo importante es valerse de la paráfrasis para hacer énfasis en las soluciones y no en el problema. Eso resulta más provechoso y el adolescente se da cuenta de lo que sí está pasando bien.

14. CONCLUSIONES:

Los adolescentes son una población vulnerable, como pudimos observar dentro del marco teórico de este trabajo. La adolescencia en su naturaleza de cambio y su inevitable paso hacia la edad adulta comprende el desprendimiento y la ruptura con sus esquemas infantiles. Supone un duelo por pérdida de una etapa a otra.

Este cambio está lleno de sufrimientos y dilemas, de altibajos y malestares, pero en la misma dimensión es una etapa de descubrimientos, de afianzamiento personal, de retos y creaciones. Esto provoca, en muchos casos, un sufrimiento psicológico y es preciso que se acompañe al adolescente en esta transición a través de la terapia.

El tratamiento psicoterapéutico en la adolescencia, desde la pubertad hasta el inicio de la edad adulta, supone un reto tanto para psicólogos como para padres y maestros. Por ello es importante la visualización de una técnica fresca, breve, focalizada para trabajar en las soluciones que muchos jóvenes buscan para sentirse mejor. Una de las técnicas que ayuda en la consecución de este objetivo es la Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Como se pudo observar en el capítulo cinco, este tipo de terapia puede ofrecer una alternativa distinta a las otras escuelas, la cual y de acuerdo con la efectividad demostrada en el capítulo nueve, generaría cambios positivos en tiempo breve en muchas de las conductas adolescentes.

Por lo tanto, y de acuerdo con lo visto en los fundamentos de esta terapia, se puede concluir sobre ella lo siguiente:

1. La TBCS crea significados: Crear significado es la parte más sensible del proceso terapéutico. Dentro de esta terapia se apuesta para la creación de significados positivos y útiles en la vida de las personas. De la misma manera, para que se pueda crear un sentido que habilite y capacite a las personas se necesita recibir las

preguntas adecuadas y correctas. Las buenas preguntas o cuestionamientos pueden resignificar la situación hacia aspectos más positivos.

2. La TBCS es un proceso constructivo y dinámico: Es interactivo, exige una definición, redefinición, representación, evaluación y visualización constantes. El consultante puede co-construir y redefinir su problema. Crea acciones y va definiendo la experiencia. Dirige para siempre probar hacer algo nuevo y ver qué resultados se obtienen. Se ponderan la curiosidad y las preguntas como vía de acceso a la información que necesitamos, infundiendo la reflexión mientras se actúa.

3. La TBCS está centrada en el cambio: De alguna manera podría definirse como provocadora y que produce ruptura brusca ya que promueve nuevas formas de abordar los problemas que aquejan a los consultantes e introduce nuevos paradigmas.

4. La TBCS se centra en las necesidades de las personas: La mejor información que puede tener un terapeuta es la que le dice el paciente, y la forma en la que se la diga es sumamente importante. No se basa en diagnósticos ni etiqueta o encasilla con síndromes o trastornos. La conversación con el consultante crea un conocimiento más ampliado sobre él y sobre los objetivos que se quieren alcanzar.

5. Los 3 pilares de la TBCS: Debido a que la persona (y no sus problemas) es el centro de todo, se experimenta con la creatividad y surgen tres acciones muy importantes dentro del proceso terapéutico: crear, actuar, aprender. De esta manera se reducen riesgos al tener en cuenta estos factores que deberán estar presentes en el desarrollo terapéutico de las personas. Acciones que crean efectos en otras personas.

6. La TBCS es una antítesis de otras prácticas: Ya que no se basa en el análisis sino en la síntesis. Le ayuda al consultante a ver la vida como algo deseable, y uno

de sus objetivos principales es que el paciente diga a dónde quiere llegar para trabajar con esa meta mediante un futuro deseado.

Para finalizar y como se pudo observar a lo largo de este trabajo, la Terapia Breve Centrada en Soluciones puede considerarse una técnica terapéutica cabalmente aplicable para cualquier contexto, pero en este caso lo que se pretendía era hacer énfasis en su aplicación para el contexto escolar con el objetivo de orientar una intervención basada en soluciones para obtener resultados más dinámicos y breves.

Las escuelas necesitan más líderes, maestros o psicólogos educativos enfocados en la TBCS que ayuden a encarrilar a los adolescentes con ideas e intervenciones frescas, que no los etiqueten ni encasillen, sino que promuevan nuevas formas de acercarse a ellos con la finalidad de ayudarles a generar soluciones y cambios bajo su responsabilidad en lugar de reprender y castigar como tradicionalmente se hacía.

Los adolescentes desean ser escuchados, atendidos y entendidos en sus problemas y quejas, será pues responsabilidad de los especialistas encargados de ello que puedan y quieran tener otra visión de las dificultades que se presenten en el contexto educativo con los jóvenes para enseñarles una forma positiva de ver y solucionar las cosas a través de los lentes de la TBCS.

Es por ello por lo que se propone en este trabajo la utilización de la terapia breve centrada en soluciones como un medio para afrontar el posible rechazo que los adolescentes tengan hacia un tipo de ayuda terapéutica de larga duración que podría generar hastío y deserción, y se convierta la TBCS, en una útil herramienta para el acompañamiento del adolescente en situaciones y problemas específicos dentro del contexto educativo que interfiera en su salud y bienestar mental

15. REFERENCIAS

- Altundag, Y. & Bulut, S. (2019). The effect of solution-focused brief counseling on reducing text anxiety. *Avances en Psicología Latinoamericana* 37(1), 1-11
- Aramayo, S. (2011). Terapia Centrada en Soluciones Aplicada a la Agresión Sexual. Estudio de Caso. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 9(1),132-168. [fecha de Consulta 14 de noviembre de 2020]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4615/461545463004>
- Bavelas, J., De Jong, P., Franklin, C., Froerer, A., Gingerich, W., Kim, J., Korman, H., Langer, S., Lee, M.Y., McCollum, E., Jordan, S.S. y Trepper, T.S. (2013) *Solution focused Therapy. Treatment Manual for working with individuals*. Solution Focused Brief Therapy Association. Recuperado de: www.sfbta.org
- Berger, C. (2004). Subjetividad Adolescente: Tendiendo Puentes Entre la Oferta y Demanda de Apoyo Psicosocial Para Jóvenes. *Psykhé (Santiago)*, 13(2), 143-157. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000200011>
- Beyebach, M. (2012). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder Editorial, Barcelona. Pp. 135-138
- Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E. y Martínez-Vélez, N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498. Recuperado en 04 de abril de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600001&lng=es&tlng=es.
- Daturi, D.E. (2015). Patrón, diferencia y circularidad: orígenes y sentido de la idea de mente en Gregory Bateson. *Nueva Época* 1(1), 137-160.
- Davis, K. y Weinstein, E. (2017). Identity development in the digital age: An Eriksonian perspective. *IGI Global journal*, 1-17. Recuperado de: <https://www.igi-global.com/chapter/identity-development-in-the-digital-age/173150>

De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchick, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). Brief Therapy: Focused Solution Development. *Fam Proc* 25, P. 207-221.

Díaz-Alzate, M. V. y Mejía-Zapata, S. I. (2018). La mirada de los adolescentes al modelo de habilidades para la vida. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(2), 709-718. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16205>

Drury, N. (2014). A taste of Wittgenstein for SFBT. 1: The Tractatus. *Journal of Solution-focused Brief Therapy*. 1. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/305199982_A_taste_of_Wittgenstein_for_SFBT_1_The_Tractatus

Estrada, B., Beyebach, M. y 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 Familia*, 36. 33-41.

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. y Montesano, A. (2016). El modelo sistémico en la intervención familiar. Universitat de Barcelona. España. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemic_Enero2016.pdf

Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S. y Krause, M. (2015). Importancia de los Cambios Iniciales en la Psicoterapia con Adolescentes. *Terapia psicológica*, 33(3), 247-255. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300008>

Fernández, O.M., Herrera, P. y Escobar M.J. (2014). Adolescentes en psicoterapia: Su representación de la relación terapéutica. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 14(1). Pp. 559-575

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86 (6), 436-443.

Galdánez, R.M. (2015). *Terapia breve centrada en soluciones y Cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Garaigordóbil, M. (2009) Papel del psicólogo en los centros educativos. *Infocop*. España. Recuperado de:
http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/art_completo/2009/INFOCOP%202009%20psicologo%20centros%20educativos.pdf

García, F.E. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. RiL Editores, Santiago, Chile. Pp. 63-97

Glazzard, J. y Stones, S. (2019). Social Media and Young people's mental health. *IntechOpen publishing*. Recuperado de:
<https://www.intechopen.com/books/selected-topics-in-child-and-adolescent-mental-health/social-media-and-young-people-s-mental-health>

González, T. y López, A. (2018). La identidad digital de los adolescentes: usos y riesgos de las Tecnología de la Información y la Comunicación. *Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa*, 17(2). España. Pp. 73-85.

Guajardo, N. y Cavazos, B.E. (2013). Intervención centrada en soluciones y cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 476-503.

Hidalgo, M.I. y Güemes, M. (2013). La tormenta hormonal del adolescente. *Revista Siete Días Médicos*, No. 852, 20-28.

Kelly, Y., Zilanawala, A., Booker, C. y Sacker, A. (2018). Social media use and adolescent mental health: Findings from the UK Millenium Cohort Study. *Eclinical Medicine journal* (6), 59-68. Recuperado de:
<https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>

Kim, J., Smock, S., Trepper, T., McCollum, E. y Franklin, C. (2010). Is Solution focused brief therapy evidence based? *Families in society* 91(3). Pp. 300-306.

Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M., Marttunen, M., Kaipainen, M., y Renlund, C. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during 3-year follow-up. *Psychological medicine*. 38. 689-703. 10.1017/S003329170700164X.

Korsbaek, L. (2012). Gregory Bateson, un antropólogo transatlántico e interdisciplinario. *Historia de la ciencia en México*, 19(2). Universidad Autónoma del Estado de México. Pp. 181-190.

Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández, J. (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud. Recuperado de:
<http://www.sepcys.es/uploads/documentos/Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf>

Lillo Espinosa, J.L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90,57-71. [fecha de Consulta 27 de febrero de 2020]. ISSN: 0211-5735. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2650/265019660005>

Lu, Xi, & Wang, Daqing, y Dong, Yu (2017). EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO BASADA EN LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES EN LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI (3),347-355. [fecha de Consulta 15 de noviembre de 2020]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281953368011>

Murta, S., Del Prette, Z., Nunes, F.C., Prette, Z. y Saldana, M.R. (2007). *Problemas en la adolescencia: contribuciones del entrenamiento en habilidades sociales*. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/221931701_Problemas_en_la_adolescencia_contribuciones_del_entrenamiento_en_habilidades_sociales

Organización de las Naciones Unidas -México- (2019). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*. Recuperado de:
<https://www.onu.org.mx/mas-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales/>

Páramo, M. A. (2011). Psicología Clínica de Niños y Adolescentes Psicoterapia para Adolescentes y Perfil del Psicólogo: Análisis de contenido de discursos grupales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX (2),133-142. [fecha de Consulta 6 de abril de 2020]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/2819228230>

Papalia, D.E., y Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. McGraw-Hill: México. 13ª. Ed. Pp. 322-383

- Pfeifer, J. y Berkman, E. (2018). The development of self and identity in adolescence: Neural evidence and implications for value-based choice perspective on motivated behavior. *PMC Journals*, 12(3), 158-164. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6667174/>
- Rodríguez-Bustamante, A. (2016). La comunicación familiar. Una lectura desde la terapia familiar sistémica. *Revista Latinoamericana de estudios de familia*, 8. Pp. 26-43
- Selekman, M.D. (2012). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona, España: Gedisa.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual* 14(3). Pp. 511-532.
- Teater, B. (2013). *Solution Focused Brief Therapy*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/264933042_Solution_Focused_Brief_Therapy
- Tirado, F., Martínez, M.A., Covarrubias, P., López, M., Quesada, R., Olmos, A. y Díaz-Barriga, F. (2010). *Psicología educativa para afrontar los desafíos del Siglo XXI*. México: McGraw-Hill.
- Uribe, A., Ramos, I., Villamil, I. y Palacio, J. E. (2018). La importancia de las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológico en una muestra escolarizada de adolescentes. *Psicogente* 21(40), 440-457. <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3082>
- Villarroel, A.L. y González, M.T. (2015). Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para disminuir el estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1363-1387.
- Ward, E. King, M. y Lloyd, M. (2000). *La psicoterapia breve es efectiva en el tratamiento de depresión a corto plazo*. Recuperado de: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/psicoterapia%20breve.pdf>
- Woolfolk, A. (2014). *Psicología Educativa*. México: Pearson.