

Matthew D. Selekman

Abrir caminos para el cambio

Soluciones de terapia breve para
adolescentes con problemas

Traducción:
Gabriela Ventureira

Herder

Título original: Pathways to change. Brief Therapy with Difficult Adolescents

Traducción: Gabriela Ventureira

Diseño de la cubierta: Dani Sanchis

© 1993, 2005 by Matthew D. Selekman

© 2026, Herder Editorial, S. L., Barcelona

ISBN: 978-84-254-5359-5

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.cedro.org).

Imprenta:

Depósito legal: B-

Printed in Spain - Impreso en España

Herder

www.herdereditorial.com

Índice

PREFACIO	11
AGRADECIMIENTOS	13
1. LA EVOLUCIÓN DE UN MODELO DE TERAPIA BREVE PARA ADOLESCENTES CON PROBLEMAS	15
• Influencias teóricas	17
- Milton H. Erickson: el padre de la terapia breve ...	17
- La terapia breve centrada en la solución	21
- El <i>MRI</i> y la terapia breve centrada en el problema ...	24
• Ampliación del modelo centrado en la solución	26
- El terapeuta especializado en la terapia breve: un artista de la improvisación	27
- La incorporación de las ideas de Michael White ...	29
- La incorporación de las ideas del equipo de Galveston y de Tom Andersen	30
- El terapeuta especializado en la terapia breve como colaborador de sistemas más amplios	32
• Anatomía del caso del adolescente «difícil»	34
- Las etiquetas crean un «agujero negro» terapéutico	34
- «Más de lo mismo»: una variedad de tratamiento ...	37
2. SUPUESTOS ORIENTADORES CON VISTAS A LA SOLUCIÓN	39
• Supuesto 1: La resistencia no es un concepto útil	39

• Supuesto 2: La cooperación es inevitable	41
- Herramientas para fomentar la cooperación	42
• Supuesto 3: El cambio es inevitable	44
• Supuesto 4: Solo se necesita un pequeño cambio	46
• Supuesto 5: Los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar	47
• Supuesto 6: Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos	50
- Evitar «más de lo mismo»	52
• Supuesto 7: No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo	53
• Supuesto 8: Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento	55
• Supuesto 9: La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la cocreación de la realidad del sistema terapéutico	57
• Supuesto 10: Existen muchas maneras de enfocar una situación pero ninguna es más «correcta» que las otras	58
 3. LA PRIMERA ENTREVISTA: COCREAR UN CONTEXTO PARA EL CAMBIO	61
• Cocrear un clima terapéutico para el cambio	61
- Explicar el formato de la sesión	61
- Establecer <i>rapport</i>	62
- Evaluar a la clientela	64
- La entrevista sistémica con un propósito determinado	70
• La mecánica de la entrevista en la terapia familiar breve centrada en la solución	96
- Intercambiar ideas con los padres	97
- Fortalecer al adolescente	97
- Trabajar con un equipo reflexivo	98

• Normas para el diseño, la selección y la instrumentación de la tarea terapéutica en la primera entrevista	100
- La tarea formalizada de la primera sesión	101
- Simular que el milagro ha sucedido	101
- Hacer algo diferente	102
- La tarea de predecir el futuro	103
- Hacer más de lo que funciona	104
• Conclusión	105
4. ESTRATEGIAS EFICACES PARA ESTABLECER UNA BUENA RELACIÓN CON ADOLESCENTES DIFÍCILES	107
• El humor y la sorpresa	107
• La utilización	111
• Ponerse del lado del adolescente	113
• El adolescente como terapeuta experto	116
• El uso del yo del terapeuta	118
• El enfoque de «Columbo»	120
• Conclusión	122
5. ORGANIZAR UNA ECOLOGÍA SOCIAL: COLABORAR CON AUXILIARES PROCEDENTES DE SISTEMAS MÁS AMPLIOS	125
• Cómo cultivar relaciones de cooperación y de colaboración	127
• El papel del terapeuta	128
• Ejemplos de casos	130
- ¿Suicida o <i>déjà vu</i> ?	130
- Cómo escapar al estilo de vida de las pandillas	133
- Con una pequeña ayuda de mis amigos	136
- Vivir en el límite	139
- El poder del maestro	143
• Conclusión	147

6. CÓMO LOGRAR QUE EL CAMBIO PERDURE: PRESCRIPCIONES PARA LA SEGUNDA SESIÓN Y LAS SUBSIGUIENTES	149
• Diseño y selección de la tarea según las distintas posiciones asumidas por el paciente	150
- Las familias que están mejor	150
- Las familias con opiniones confusas	152
- Las familias que están igual	155
- Las familias que están peor	161
- Familias desconectadas	165
• Tareas y estrategias de equipo centradas en la solución	166
- Tirar la moneda	166
- La sorpresa	166
- La tarea de promover la solución	167
- El ritual para controlar el hábito	167
- Ritual de externalización simbólica	168
- Las cartas	169
- Las ordalías	170
- La tarea de la disputa familiar estructurada	171
- Dividir al equipo	172
- Equipo reflexivo integrado por los pares	172
• El fin de la terapia familiar breve centrada en la solución	175
- ¿Huida a la salud o una vida más satisfactoria?	175
- Celebrar con la familia los cambios terapéuticos ...	176
7. EL GRUPO DE PADRES CENTRADO EN LA SOLUCIÓN	179
• La razón de ser del grupo	180
• La mecánica para organizar el grupo	181
• El papel desempeñado por los líderes del grupo	181
• Las sesiones del grupo	182

- La primera sesión	182
- La segunda sesión	183
- La tercera sesión	184
- La cuarta sesión	185
- La quinta sesión	187
- La sexta sesión	188
8. EPÍLOGO	191
• Revisión de los caminos para el cambio	191
• Conclusión	193
BIBLIOGRAFÍA	195

Prefacio

¿El enfoque de terapia breve centrado en la solución no es un mero remiendo?

¿Cómo encajan los sentimientos de los pacientes en este modelo?

¿Este enfoque sirve realmente para adolescentes con problemas serios y crónicos?

¿Qué se hace cuando el enfoque no funciona?

Preguntas como estas, formuladas por colegas, participantes de grupos de trabajo y discípulos, me han impulsado durante años a buscar nuevas maneras de ampliar el modelo básico de terapia breve centrado en la solución y hacerlo más integrador, a fin de incluir los casos de adolescentes que han sido calificados de «difíciles», «rebeldes» y de «fracasos terapéuticos». La necesidad de escribir este libro surgió de mi deseo de dar respuesta a las preguntas señaladas y de ofrecer a los clínicos opciones terapéuticas útiles cuando no funciona el modelo básico de terapia breve centrado en la solución.

El libro se ocupa también de la improvisación y del juego terapéuticos en la terapia breve, un área relegada en la bibliografía sobre el tema. Considero que la terapia debe ser divertida, especialmente cuando se trata a adolescentes y sus familias. La creencia tradicional de que «la terapia es un asunto serio» es una idea errónea que ha perjudicado a los terapeutas. Por último, mi mayor deseo es que este libro brinde a los profesionales especializados en terapia breve una guía útil para la toma de decisiones terapéuticas, estimule el ingenio y la creatividad y proporcione los instrumentos necesarios para realizar un trabajo eficiente con los adolescentes difíciles y sus familias.

Resumen del libro

El libro está destinado específicamente a ofrecer a los terapeutas instrucciones prácticas para aplicar mi enfoque de terapia familiar breve centrado en la solución para adolescentes difíciles y sus familias. En el capítulo 1 se describe la evolución de este modelo de terapia breve, en especial la incorporación de ideas innovadoras provenientes del campo de la terapia familiar. El capítulo 2 presenta supuestos útiles sobre los adolescentes difíciles, sus familias y la terapia breve. En el capítulo 3 se analiza cómo cocrear un contexto para el cambio en la primera entrevista familiar. Se presentan diferentes categorías de preguntas y guías terapéuticas para el diseño, la selección y la instrumentación de la intervención.

Los capítulos 4 y 5 se ocupan de llenar dos importantes lagunas en la bibliografía sobre la terapia breve. El capítulo 4 presenta cinco estrategias eficaces y basadas en la experiencia para establecer una buena relación con adolescentes difíciles. En el capítulo 5 se analiza la eficacia terapéutica de la colaboración de profesionales auxiliares y de otras personas significativas en la organización de la ecología social del adolescente con problemas. En ambos capítulos se ofrecen ejemplos de casos.

En el capítulo 6 se presentan diversas estrategias para amplificar los cambios y consolidar los logros terapéuticos en la segunda sesión y en las subsiguientes. Se analizan la intervención sobre la pauta, la estrategia de tratamiento en equipo, las tareas terapéuticas centradas en la solución y otras opciones terapéuticas para casos difíciles.

El capítulo 7 se ocupa del grupo de padres centrado en la solución. Este grupo tiene por objetivo capitalizar las fuerzas y los recursos de los padres para ayudar a construir soluciones. Se ofrece una descripción de cada una de las sesiones.

Por último, en el capítulo 8 se resumen los temas más importantes del libro y se extraen algunas conclusiones con respecto al futuro.

Agradecimientos

Deseo agradecer a todas aquellas personas que han ejercido una influencia decisiva en mi desarrollo profesional y en las ideas analizadas en este libro. En primer término, estoy en deuda con Michele Weiner-Davis por mostrarme cuál es el camino que conduce más rápidamente al cambio. Una vez emprendido el camino recibí, como discípulo, enseñanzas valiosas de Eve Lipchik, Steve de Shazer e Insoo Berg, lo que me permitió adquirir mayor destreza como terapeuta especializado en terapia breve. Agradezco a Michael White y Michael Durrant el haber aprendido de ellos la eficaz estrategia de «externalizar el problema». Harry Goolishian (ya desaparecido) y Harlene Anderson me enseñaron la importancia de la historia familiar, el arte de colaborar con los auxiliares procedentes de sistemas más amplios y la poderosa herramienta terapéutica que constituye «el no saber». Para ellos, mi más profundo agradecimiento. Desde hace poco, he incorporado a mi trabajo clínico el útil e innovador enfoque de Tom Andersen basado en el equipo reflexivo. También quisiera agradecer al equipo clínico del Beech Grove Children's Centre de Kingston, Ontario, por proporcionarme un contexto de entrenamiento en donde conceptualizar y elaborar nuevas ideas terapéuticas. Por último, estoy en deuda con mi amigo y colega Tom Todd, quien no ha dejado de brindarme estímulo y apoyo a lo largo de estos años.

Hay un gran número de personas que han sido claves y en parte responsables de la aparición de este libro. Gracias a Sharon Panulla, de The Guilford Press, tuve la maravillosa oportunidad de publicar mis ideas. Me siento en deuda con Don Efron por sus comentarios útiles sobre la edición y por las sugerencias

aportadas durante la lectura del manuscrito. Patricia Talamo, brillante reportera del tribunal de menores, tuvo a su cargo la hercúlea tarea de transcribir las videocintas de los ejemplos de casos que aparecen en el presente volumen. Vivian Sena y Sandra Biles, del Robinson's Office Services, merecen medallas de oro por haber mecanografiado el manuscrito con paciencia, esmero y buen ánimo. Finalmente y por sobre todo, le doy las gracias a mi querida esposa Asa por haberme asistido con infinita, paciencia durante el arduo proceso de escribir este libro.

1. La evolución de un modelo de terapia breve para adolescentes con problemas

TERAPEUTA: ¿Qué les gustaría cambiar hoy?

MADRE: Jennifer se está arrancando el cabello de nuevo. El médico de la familia dice que se trata de una tricotilomanía, o algo así.

JENNIFER: Sí, es una mala costumbre que tengo desde hace tiempo.

M: Es cierto, no deja de arrancarse el cabello desde hace cuatro años.

T: Tengo una curiosidad: ¿qué sucede cuando no incurres en esa mala costumbre? ¿Qué haces en su lugar?

J: Bueno, escucho a los Guns and Roses, hablo con mi amiga Linda o hago la tarea.

T: ¿¿Cómo se te ocurrieron tan buenas ideas para resistirte a esa «mala costumbre»?!

J: Bueno, los Guns and Roses me ayudan a relajarme. A Linda y a mí nos gusta charlar sobre los muchachos guapos de la escuela. Es como si mantenerme ocupada me sirviera mucho.

T: Jennifer, ¿hay algo que hace tu madre y que te ayuda a luchar contra la «mala costumbre»?

J: Sí, hay noches en que hablamos de muchachos, de cuando ella tenía mi edad... A veces me deja alquilar un vídeo y lo vemos juntas, y eso también me tranquiliza.¹

Muchos terapeutas considerarían el problema de Jennifer alarmante y muy difícil de tratar. Antes de la primera sesión

¹ A fin de proteger la intimidad de los pacientes, los nombres y datos de los mismos han sido modificados en los ejemplos de casos descritos en este libro.

familiar, la persona encargada de atender a los nuevos pacientes averiguó por su madre que Jennifer ya había estado tres veces en terapia debido a su «compulsión a arrancarse el cabello». Uno de los terapeutas anteriores había sido un psiquiatra que le diagnosticó un trastorno compulsivo obsesivo. A pesar del carácter crónico del problema de Jennifer, yo creía firmemente que ella y su madre contaban con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar. Me centré en la descripción que había dado Jennifer de su problema: una «mala costumbre» externalizada en un síntoma opresivo (White y Epston, 1990) que había estado mortificando tanto a la madre como a Jennifer durante cierto tiempo. Esto abrió muchas más vías para el cambio que las etiquetas «trastorno compulsivo obsesivo» y «tricotilomanía», que habían puesto los médicos. Finalmente, les pregunté qué estaban haciendo para evitar que la «mala costumbre» las atormentara. Esa línea de interrogatorio surgió de la «conversación sobre el cambio» de la familia (Gingerich, de Shazer y Weiner-Davis, 1988), es decir, de las estrategias efectivas para manejar y resolver el problema que podían servir para la construcción conjunta de la solución.

El enfoque basado en la salud de la familia que yo estaba usando es mi enfoque de terapia familiar breve centrado en la solución, que a su vez es una ampliación del modelo de terapia breve centrado en la solución elaborado por O'Hanlon y Weiner-Davis (1989). Curiosamente, el modelo básico de terapia breve centrado en la solución ha recibido poca atención en la bibliografía sobre terapia breve y familiar como modelo útil de tratamiento para grupos de adolescentes con problemas o difíciles, tales como delincuentes, automutiladores, drogadictos, adolescentes violentos, con trastornos de la alimentación, con problemas escolares y con depresión (Berg y Gallagher, 1991; Selekman, 1989a, 1989b, 1991b). En este capítulo ofreceré un panorama teórico sobre el modelo de terapia breve centrado en la solución, describiré las cuatro formas en las que he ampliado el modelo a fin de hacerlo más integral y eficaz para adolescentes con problemas y sus familias y reflexionaré sobre algunos temas comunes a estos casos.

Influencias teóricas

El enfoque de terapia breve centrado en la solución fue desarrollado por William H. O'Hanlon y Michele Weiner-Davis (O'Hanlon, 1987; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Weiner-Davis, 1992). El modelo se basa principalmente en las ideas terapéuticas del brillante hipnoterapeuta Milton H. Erickson (Erickson, 1954, 1964; Erickson y Rossi, 1983; Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Rosen, 1982), en el enfoque de terapia breve centrado en la solución elaborado por Steve de Shazer y sus colegas (de Shazer, 1982, 1984, 1985, 1988, 1991; de Shazer *et al.*, 1986; Gingerich y de Shazer, 1991; Gingerich *et al.*, 1988; Lipchik, 1988; Lipchik y de Shazer, 1986; Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987) y en el enfoque de terapia breve centrado en el problema desarrollado por los teóricos del Mental Research Institute (MRI, Instituto de Investigaciones Mentales) (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

Milton H. Erickson: el padre de la terapia breve

Los aportes de Erickson a la hipnosis, a la terapia breve y a la terapia familiar son numerosos. Mucho tiempo después de su muerte, su genio creador y su magia terapéutica continúan ejerciendo una gran influencia en los terapeutas de todo el mundo. Dos de las intervenciones terapéuticas más importantes de Erickson son la estrategia de la utilización (Erickson y Rossi, 1983; Gordon y Meyers-Anderson, 1981; O'Hanlon, 1987) y la «pseudo-orientación temporal» (Erickson, 1954).

Erickson sostenía que era fundamental que los terapeutas capitalizaran todo lo que los pacientes llevaban a la terapia: su lenguaje, sus creencias, sus fuerzas y recursos, su sentido del humor y sus conductas no verbales. Luego utilizaba esos atributos en las entrevistas y en la construcción de las tareas terapéuticas.

Mediante la técnica de la «pseudoorientación temporal» (Erickson, 1954), Erickson ponía en trance al paciente y luego lo ayudaba a crear una distorsión del sentido del tiempo. Esto