



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGIA

**La supervisión clínica, elemento  
fundamental de la formación del  
psicólogo clínico.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LINCENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JESÚS RICARDO CRUZ HUERTA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: LIC. CLARA HAYDEE SOLÍS PONCE

COMITÉ: DR. RODOLFO HIPÓLITO CORONA MIRANDA

LIC. EDUARDO CORTÉS MARTÍNEZ

MTRO. PEDRO VARGAS AVALOS

MTRO. GIOVANNI MARTÍNEZ ORTEGA



CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2019



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.



## Agradecimientos

*Mientras escribía este trabajo me encontré con muchas personas que dedicaron un poco de su tiempo y de su vida para apoyarme en la conclusión de esta investigación, que no sólo significa un aporte al campo de la Psicología, sino representa el trabajo y esfuerzo de todos aquellos que me acompañaron y me motivaron a continuar.*

*En primer lugar, le agradezco a mis padres, quienes no sólo me han apoyado durante este proyecto, sino que ellos siempre han estado ahí, cuidando, protegiendo, guiando, orientando, indudablemente este resultado se los debo a ellos, por su paciencia, energía y carácter para formarme como profesionista y persona. Rompiendo con el esquema del apoyo convencional, como siempre, están mis hermanos, este par de humanos que, a su manera, siempre estuvieron motivándome, a su manera, a conseguir y alcanzar el fin de una etapa. Increíblemente, su peculiar forma de apoyarme también fue parte fundamental de todo. Agradecimiento total a mi amada familia, ¡Gracias!*

*Nunca pueden faltar esos profesores que no se limitan a estar contigo dentro del aula, ellos van más allá y se convierten en una segunda familia, una familia intelectual, aquí me refiero, evidentemente, a mi mentora, mi supervisora, la maestra Clara Haydee Solís Ponce. A ella, le debo todo lo que soy como profesionista y eso no tengo manera de devolverlo, porque ha sido tiempo, esfuerzo, paciencia, mucha paciencia. De ella, no sólo he aprendido a ejecutar la psicoterapia, sino a ver la vida diferente, se ha dedicado también a guiarme, a escucharme y acercarse cuando lo he requerido. Esto es parte de su legado maestra y estoy infinitamente agradecido, ¡Gracias por todo maestra!*

*Además de esas increíbles personas que el universo, Dios, o alguna fuerza divina me ha puesto en mi camino, hay muchas más personas que ha estado ahí durante mucho tiempo y no me han soltado ni en las buenas y mucho menos en las malas, una de ellas es Gabriela Campuzano, mi amiga del alma. ¡Muchas Gracias amiga!*

*Objetivamente, han sido muchas personas con quien me he encontrado en este camino, a mi Coach Salvador López, a todos mis amigos de otra de mis pasiones, el basketball, a todos mis amigos que han pasado por el Servicio Social, y a mis nuevos compañeros y amigos del Brief Therapy Center México, Muchas Gracias a todos ustedes, porque me han regalado pedacitos de sus vidas.*

*Indivisa Manent*

*Por mi raza, hablará el espíritu*

## Índice

Introducción .....	7
Capítulo 1. Antecedentes históricos del Modelo de Breve Resolución de Problemas de Terapia del <i>Brief Therapy Center</i> del <i>Mental Research Institute</i> .....	9
<b>1.1 Reunidos en las Conferencias Macy</b> .....	9
<b>1.2 Gregory Bateson y el acercamiento a la psiquiatría</b> .....	12
<b>1.3 El inicio del “Proyecto Bateson”</b> .....	13
<b>1.4 Nacimiento del MRI</b> .....	16
<b>1.5 Centro Latino de Terapia Breve</b> .....	18
Capítulo 2. Premisas y Aspectos Teóricos del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del <i>Brief Therapy Center</i> del <i>Mental Research Institute</i> .....	21
<b>2.1 El constructivismo en el Modelo de Terapia Breve en Resolución de Problemas</b> .....	21
<b>2.2 Premisas del Modelo de Terapia Breve en Resolución de Problemas del BTC del MRI</b> .....	22
<b>2.2.1 Aspecto no patológico</b> .....	22
<b>2.2.2 Aspecto No Normativo</b> .....	23
<b>2.2.3 La Interacción</b> .....	23
<b>2.2.4 Se bloquean los Intentos de Solución</b> .....	24
<b>2.2.5 El cambio favorece más cambios</b> .....	25
<b>2.3 Formación de problemas</b> .....	25
<b>2.3.1 Los “terribles simplificadores”</b> .....	26
<b>2.3.2 El Síndrome de utopía</b> .....	26
<b>2.3.2 Las paradojas</b> .....	27
<b>2.4 Cambio y Resolución de Problemas</b> .....	28
<b>2.5 Esquema Técnico</b> .....	29
<b>2.5.1 ¿Quién debería asistir a la primera sesión?</b> .....	29
<b>2.5.2 Aspectos Formales</b> .....	29
<b>2.5.3 ¿Cuál es el problema o queja?</b> .....	30
<b>2.5.4 Intentos de Solución</b> .....	31
<b>2.5.5 La postura del cliente</b> .....	33
<b>2.5.6 Definición de metas</b> .....	35
<b>2.5.7 Diseño de Intervenciones</b> .....	36
<b>2.6 Intentos de Solución más recurrentes</b> .....	41
<b>2.6.1 El intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo</b> .....	42
<b>2.6.2 El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo</b> .....	43

2.6.3 El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición .....	44
2.6.4 El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación .....	45
2.6.5 La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa .....	46
2.7 La terminación del tratamiento .....	47
2.7.1 La terminación del tratamiento cuando el problema ha sido resuelto .....	48
2.7.2 Terminación del tratamiento sin que se haya resuelto el problema .....	48
2.8 Seguimiento de Casos .....	49
Capítulo 3. Formación y capacitación de terapeutas en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del Mental Research Institute .....	51
3.1 Práctica de la Psicoterapia en un Contexto Regulado Legalmente .....	52
3.2 Práctica de la Psicoterapia en el Contexto Mexicano .....	59
3.3 Formación del terapeuta en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del Mental Research Institute .....	61
3.4 La Terapia Familiar Sistémica en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México .....	63
3.5 Fundamentos de la Supervisión clínica .....	68
3.5.1 ¿Qué es la supervisión clínica? .....	69
3.5.2 Objetivo de la supervisión clínica .....	70
3.5.3 El rol del supervisor en el área clínica .....	70
3.6 Supervisión Clínica del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del Mental Research Institute .....	73
3.6.1 Supervisión directa .....	73
3.6.2 Supervisión Indirecta .....	76
3.7 Supervisión Clínica Avanzada del Modelo de Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del Mental Research Institute en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM .....	80
Capítulo 4. Metodología .....	84
Capítulo 5. Presentación de un Caso Clínico .....	90
6. Reflexión sobre el aprendizaje del proceso de supervisión clínica profesional .....	134
7. Resultados .....	137
8. Discusión .....	141
9. Conclusión .....	144
10. Referencias .....	146

## Resumen

Esta Investigación se divide en cinco momentos. En el primer momento se hace una revisión histórica las primeras ideas que le dieron vida al Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del *Brief Therapy Center* del *Mental Research Institute*. El segundo momento es la explicación del marco epistemológico y teórico de dicho Modelo Terapéutico. Posteriormente se redacta las definiciones de la Supervisión Clínica, tema a resaltar en esta investigación. Por último, se hace la presentación de un Caso Clínico, el cual fue ejecutado por la Lic. Clara Haydee Solís Ponce, quien es docente de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. El Caso Clínico fue expuesto a supervisión con la directora del *Brief Therapy Center*, Karin Schlanger.

**Palabras Clave:** Terapia Breve, Terapia Familiar Sistémica, Modelo de Resolución de Problemas, *Mental Research Institute*, *Brief Therapy Center*, Formación de terapeutas, Supervisión Clínica, Supervisión Directa, supervisión indirecta, Psicología Clínica, Karin Schlanger.

## Introducción

La psicoterapia es una de las actividades que lleva a cabo un psicólogo, sin importar la corriente psicológica a la que pertenezca, se espera que el psicólogo tenga las habilidades necesarias dentro de un consultorio para dar la atención adecuada a un paciente o una familia, escuchar, preguntar, evaluar, plantear una intervención psicológica y llevarla a cabo en forma exitosa, ayudando de esta manera a su paciente a resolver su problema.

En el presente trabajo se hablará sobre el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del *Brief Therapy Center* del *Mental Research Institute*. Durante el entrenamiento terapéutico de este modelo se dota de herramientas al entrenado en distintos niveles: epistemológico, teórico y práctico. El entrenamiento en psicoterapia del joven terapeuta es un proceso importante durante la profesionalización de sus habilidades terapéuticas. Si bien es cierto que dichas habilidades no se adquieren sólo con las clases teóricas sobre este modelo terapéutico, sino también con la constante práctica de dichas herramientas, no obstante, esto no es suficiente para alcanzar el refinamiento adecuado de la ejecución del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI, se requiere una supervisión de un terapeuta experto en este modelo de terapia.

Durante la supervisión de la práctica clínica, en un modelo sistémico, el terapeuta en entrenamiento tiene la oportunidad de afinar las habilidades de ejecución; en el intercambio de comunicación con cada paciente, el entrenado aprende a escuchar, a categorizar y/o ordenar la información que el paciente le ofrece.

Una de las particularidades del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI es el pensamiento cibernético. El pensar en la constante interacción de los participantes de un sistema familiar, empresarial o en la interacción que tiene una persona consigo misma, es una de las habilidades que cuesta más en desarrollarse, por eso la importancia de llevar a cabo el proceso de supervisión junto con la práctica de la psicoterapia.

De esta manera se introduce al lector de este trabajo comenzando con la historia del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del MRI, conociendo a los autores pioneros de este modelo y del pensamiento circular. Posteriormente se aborda las premisas de dicho modelo de psicoterapia junto con las ideas a nivel práctico, es decir, ya el intercambio con el cliente. Seguido de esto, se ofrece información sobre cómo se realiza el entrenamiento en Terapia Breve y como se lleva a cabo la supervisión clínica en dos modalidades: directa e indirecta. Por último, se presenta el análisis de sesiones de supervisión de un caso clínico de una terapeuta experta en el modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas, además de una reflexión sobre el aprendizaje durante la supervisión clínica de la Terapeuta que realizó la supervisión con Karin Schlanger.

## Capítulo 1. Antecedentes históricos del Modelo de Breve Resolución de Problemas de Terapia del *Brief Therapy Center* del *Mental Research Institute*.

En la década de los 40's Estados Unidos acogió en su seno a académicos extranjeros brillantes, que en muchos casos unieron sus esfuerzos a los más destacados estudiosos norteamericanos de esa generación, lo que provocó un profundo movimiento de las ciencias y la tecnología (Heims, 1991).

De las ideas que se generaron durante este período, se destacaron la Teoría de la Comunicación y la creación de la Teoría de la Cibernética aplicada a las relaciones interpersonales, las cuales dieron pauta a la generación de una nueva teoría aplicada a la terapia familiar. Lo esencial es llegar a precisar los conceptos principales que el Equipo del *Mental Research Insitute* (MRI) utilizó para abordar su enfoque interaccional del comportamiento humano (Wittezaele y García, 2004). A continuación, se hace una reseña histórica de los hechos que dieron lugar a lo que el día de hoy conocemos como Terapia Breve en Resolución de Problema del Brief Therapy Center del Mental Research Institute.

### 1.1 Reunidos en las Conferencias Macy

En 1879, el fisiólogo Claude Bernard observó la regulación de la máquina de vapor y fue comparada con la regulación de los organismos vivos que se daban frente a cambios externos o internos que podían perturbar su metabolismo (Wittezaele y García, 2004) llegando así a plantear la idea del *millieu interne* (ambiente interno) (Bertrando y Toffanetti, 2004). Posteriormente, en 1932, Walter Cannon le da el

nombre de “homeostasis” (del griego, *homeos* que significa “igual” y *stasis* que significa “quietud”), a este conjunto de procesos para mantener el equilibrio interno.

La homeostasis se hace posible gracias a los procesos reguladores complejos que garantizan una constancia relativa del nivel, por ejemplo, la concentración del azúcar en la sangre, la presión osmótica y la temperatura del cuerpo (Wittezaele y García, 2004). La homeostasis, menciona Aréchiga (2000), no representa inmovilidad o estancamiento, sino que es una condición dinámica que por su propia variación permanece siempre constante.

Durante la segunda Guerra Mundial, Norbert Wiener, matemático de Massachusetts, trabajó con Julian Bigelow. Ambos científicos realizaron una investigación que los llevó a la construcción de un arma antiaérea llamada “*Anti-Aircraft Predictor*” (Thomas y De Gracia, 2008), que permitía reducir el error de tiro mientras el avión “blanco” se desplazaba. Este tipo de fenómeno fue comparado con los movimientos voluntarios en el hombre; lo que se produce cuando queremos alcanzar un objeto con la mano, efectuamos una serie de rectificaciones que conducen la mano hasta llegar al objetivo fijado, esto era llamado *feedback* o retroalimentación (Wittezaele y García, 2004). Wiener observó que el modelo de retroalimentación era aplicable a muchos otros fenómenos, como algunos procesos biológicos.

Con ayuda del cardiólogo mexicano Arturo Rosenblueth, se hace la aproximación del mecanismo de retroalimentación con “patologías” en los pacientes, donde encuentran que hay actividad similar en ciertas malformaciones del sistema

nervioso o algunas lesiones y los mecanismos descrito por Wiener (Thomas y De Gracia, 2008).

Entre marzo de 1942 y abril de 1953, la Fundación Josiah Macy Jr., organizó una serie de conferencias ejecutadas mayormente en la Ciudad de Nueva York y una en la Universidad de Princeton, bajo la iniciativa del neurólogo Warren McCulloch (Thomas y De Gracia, 2008). Esta Fundación, se encargó de reunir a docenas de investigadores de diferentes áreas de la ciencia (computación, medicina, homeostática, neurofisiología, matemáticas, ingeniería, psicología, comunicación, antropología) quienes se daban cita para compartir sus investigaciones, teniendo como objetivo desarrollar un lenguaje no lineal para explicar un mundo cuyos elementos se entendían interdependientes y en interacción constante.

En 1942, se celebra la Conferencia inaugural llamada “Inhibición Cerebral” en la que asistieron científicos de diversas disciplinas, entre ellos se encontraba Gregory Bateson y su esposa Margaret Mead y Milton H. Erikson (Wittezaele y García, 2004).

En 1943, Rosenblueth, Wiener y Bigelow, publicaron un artículo derivado de esta conferencia llamado “Comportamiento, objetivo y teleología”. En este documento, los autores exponen un punto de vista común, afirmando que el concepto de retroalimentación es la clave de la explicación de todo comportamiento intencional (Wittezaele y García, 2004).

Las Conferencias Macy fueron cesadas por la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, en 1946 regresan con la primera conferencia “Mecanismos teleológicos y sistemas causales circulares”, en el mismo año, la segunda Conferencia llamada

“Mecanismos teleológicos”. La tercera, cuarta y quinta conferencia fueron en el año de 1947. Al siguiente año, 1948, Wiener escribió “*Cybernetics*”, introduciendo el término de “cibernética” como fruto de las discusiones de las conferencias (Wittezaele y García, 2004).

De acuerdo a los mismos autores, Gregory Bateson estuvo al pendiente de todas las Conferencias Macy, ya que tenía una investigación donde había puntualizado un fenómeno de feedback en la tribu “*Naven*”, en el cual describe que entre más animaban las mujeres a los hombres en un ritual, ellos seguían y aumentaban las conductas del mismo ritual

## 1.2 Gregory Bateson y el acercamiento a la psiquiatría

Bateson fue acotando su campo de investigación hacia el comportamiento humano y en 1947 es invitado por Jurgen Ruesch para participar en un estudio de la comunicación humana en la psicoterapia dentro de la Clínica *Langley Porter* de San Francisco (Wittezaele y García, 2004). Su objetivo era realizar entrevistas y observaciones etnográficas de la “tribu de los psiquiatras y sus visitantes-pacientes”, esto con el propósito de identificar detalles sobre el intercambio de mensajes en el transcurso de una psicoterapia eficiente (Vargas, 2007).

La cibernética se aplicaba a los circuitos humanos, preparando el terreno para una pragmática de la comunicación, en este momento se abandonaba la concepción del conocimiento basada en la linealidad para entrar en los procesos circulares en los que los efectos influyen a su vez en las causas que los provocan, así se pasaba de las acciones causales a las interacciones (Nardone y Watzlawick, 1999).

Gracias a la investigación en la Clínica *Langley Porter* de San Francisco, Gregory Bateson y Jurgen Ruesch publicaron “Comunicación: la matriz social de la Psiquiatría” en 1951, donde explican como la comunicación es el eje donde encajan todas las actividades humanas, es decir, el entendimiento de la interacción entre las personas. Bateson afirmó que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación (Vargas, 2007).

### 1.3 El inicio del “Proyecto Bateson”

Bateson se aleja momentáneamente de la psiquiatría y se dedica a estudiar la comunicación de los animales en el zoológico de San Francisco. En este lugar observa el comportamiento de las nutrias durante los momentos que definen como “juego” (Bertrando y Toffanetti, 2004). Posteriormente en 1952, la Fundación Rockefeller le otorga una beca para el estudio de la naturaleza de las paradojas en la comunicación (Ray y Watzlawick, 2006).

El equipo de Bateson analizó el entrenamiento de perros para ciegos, el discurso de un esquizofrénico y también el tipo de comunicación que empleaba el estadounidense Milton H. Erickson (Vargas 2007). Bateson le pide a Haley y Weakland que vayan a Phoenix, Arizona, donde se encontraba Erickson, uno de los terapeutas más creativos y peculiares de la época (Bertrando y Toffanetti, 2004). Wittezaele y García (2004) por su parte mencionan que William Fry participa en la investigación de Bateson como investigador parcial por falta de fondos, sin embargo, esta investigación a Fry le entusiasma ya que poseía un respaldo literario sobre el tema.

Witzeaele y García (2004) hacen mención de Don Jackson. Don de Ávila Jackson hizo la carrera de medicina y se especializó en psiquiatría, se interesó por el psicoanálisis y por los trabajos de Milton Erickson sobre hipnosis. Bateson, en 1954, lo invitó a participar en el proyecto cuando conoce su artículo “El problema de la homeostasis familiar”, donde habla de la familia como una unidad y que las interacciones entre diferentes miembros tienden a mantener cierta constancia relacional de tipo homeostático. La invitación surge ya que William Fry deja el equipo para unirse a la Armada Naval y no hay quien posea los conocimientos necesarios a su estudio de la comunicación entre esquizofrénicos y sus familias.

En el año de 1953, el grupo comenzó a examinar la comunicación de los esquizofrénicos en el Hospital de Veteranos en un pequeño poblado cerca de San Francisco, Menlo Park, donde encontraron que esa comunicación es rica en paradojas (Bertrando y Toffanetti, 2004). Los trabajos y las observaciones de los miembros fueron publicados hasta 1956 en la revista “*Science*” gracias a las gestiones del integrante más reciente: Donald De Ávila Jackson.

En este artículo, titulado “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, se sistematizó el modelo de “doble vínculo” como hipótesis del origen de la esquizofrenia. Las proposiciones establecidas en este artículo permitieron pasar de una explicación psiquiátrica tradicional a una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal o al contexto, es decir, empezó a considerarse dentro de patrones específicos de interacción y comunicación (Vargas, 2007).

Don D. Jackson introdujo conceptos distintos al mundo de la terapia familiar, se alejó de las ideas del psicoanálisis y se acercó a la interacción entre los miembros de la

familia, además añade una postura “no normativa” a las teorías de la terapia familiar (Wittezaele y García, 2004).

En 1954, menciona Vargas (2007), Jackson describió a la familia como un sistema cibernético gobernado por reglas, que busca estabilidad a través de circuitos de retroalimentación reactivado por errores, también propuso el hablar de un síntoma como factor que se utiliza para conservar el equilibrio familiar. Para Jackson, el sistema familiar debía ser observado como un sistema de relaciones complejo y estructurado.

El segundo principio, la hipótesis de doble vínculo, fue planteado como un tipo de comunicación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas en la relación.

La expresión “doble vinculo” alude a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico. Este tipo de mensaje provoca que la persona que ocupa el nivel inferior en la relación deba dudar de sus propias percepciones y no tenga acceso a metacomunicar. El sujeto ante esta situación queda sin ningún tipo de opción, y solamente puede salir si consigue elaborar un mensaje en un nivel lógico distinto (Vargas, 2007).

Cabe destacar que, si bien Don D. Jackson otorgaba la teoría y Bateson la epistemología, Milton Hylan Erickson aporta la praxis clínica. Él enfocaba los problemas de sus pacientes de una forma más humana, concibiéndolos como esfuerzos en la vida cotidiana comprensibles pero que les habían salido mal (Haley, 1973 en Fisch y Schlanger, 2002).

Fue Erickson quien instituyó las “tareas para hacer en casa”, no por contenido a nivel conductual, sino por el significado simbólico que lograba tener un impacto en la vida de los clientes y por la posibilidad de desviar la atención de los síntomas y las ansias. Posteriormente los terapeutas sistémicos o estratégicos añaden las tareas como elemento de la terapia familiar (Boscolo y Bertrando, 2000).

#### 1.4 Nacimiento del MRI

En 1958, Don D. Jackson quiso desarrollar al máximo la teoría enfocada a la terapia familiar y continuar con la investigación pionera comenzada por Gregory Bateson, de esta manera decide fundar un Instituto con este. Al año siguiente (1959) se crea el *Mental Research Institute* (MRI), una pequeña asociación privada con el objetivo de estudiar y formalizar un método de terapia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004). Como primer equipo del MRI se encuentran Virginia Satir, Jules Riskin, quienes estuvieron alrededor de 8 o 9 meses, y como primer director Don D. Jackson (Wittezaele y García, 2004).

Un año después de haber fundado el MRI, en 1960, Paul Watzlawick se incorpora al proyecto; para él representa un cambio radical descubrir un enfoque de terapia interaccional ya que viene de una educación jungiana (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El MRI ya era lo suficientemente grande para volverse una organización independiente con varios psicólogos, psiquiatras y otros profesionales. El trabajo de esta organización se dirigió originalmente hacia el cruce de las investigaciones de Gregory Bateson y la práctica de la terapia familiar, posteriormente gracias a

donativos recaudados por Don D. Jackson se comenzó con la formación de terapeutas. En este momento se introdujeron micrófonos, videograbaciones, espejos unidireccionales para el entrenamiento de los terapeutas, esto por sugerencia de Virginia Satir (Wittezaele y García, 2004).

El Instituto comenzó su actividad formal con familias, poniendo énfasis en la interacción y el modo como las personas se comunican entre sí; se daba a la tarea de observar el comportamiento de la interacción sobre el síntoma y de acuerdo con los preceptos de la terapia familiar, intentaban comprender la función de éste en la familia.

En 1966, se crea el proyecto llamado “Centro de Terapia Breve” (CTB) dentro del mismo MRI, y como director queda el psiquiatra Richard Fisch. Fisch llega como cliente del MRI por temor a caer en depresión (Wittezaele y García, 2004), se interesa tanto en el Modelo de terapia del MRI que se inscribe en sus cursos de formación. Pasando el tiempo entabló una relación amistosa con John Weakland y es ahí donde se pone sobre la mesa el nuevo proyecto del CTB.

Como equipo tiene a John Weakland y Paul Watzlawick, quien también trabajan junto con Don D. Jackson y Jay Haley, los últimos integrantes no conformaban la plantilla básica del proyecto, sin embargo, participan en algunas situaciones. Fisch y Schlanger (2002) narran que el CTB se creó para investigar un método centrado en los problemas del paciente y para evaluar los resultados por medio de entrevistas de seguimiento.

En 1967, se crea la primera teoría terapéutica de orientación sistémica (interaccional), la “Teoría de la comunicación humana”, escrita por Watzlawick, Beavin y Jackson. En este libro las ideas de acuñadas por Gregory Bateson se convierten en “axiomas de la comunicación” (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Wittezaele y García (2004) comentan que el año de 1968 está lleno de cambios dentro del MRI, comenzando con la partida de Virginia Satir, al sentirse incómoda con su equipo de trabajo, Jay Haley recibe una oferta por parte de Salvador Minuchin para trabajar con familias pobres y por último la lamentable muerte de un hombre exitoso, Don De Ávila Jackson, de esta manera quienes quedan al frente del proyecto son John Weakland, Richard Fisch y Paul Watzlawick.

Menciona Díaz (2015) que el tiempo ha pasado, los nombres en los buzones han cambiado y el MRI permanece exactamente igual, California es la cuna de la tecnología esperando ver un espacio totalmente innovador, te encuentras con un edificio de los años 60’s. Sin embargo, el espíritu que se respira en cada esquina y el respeto a las figuras que lo fundaron, la esencia no ha variado nada.

### 1.5 Centro Latino de Terapia Breve

En 1993 se crea el Centro Latino de Terapia Breve gracias a un grupo de terapeutas latinos reunidos en Palo Alto, California y encabezados por Karin Schlinger como directora del Centro Latino de Terapia Breve. En el Centro se ofrece servicio de terapia cuasi-gratuita a todo aquel que acuda, ya que la mayoría son familias latinas

de bajos recursos económicos. Así también, el objetivo de los fundadores era que el Centro Latino fuese un lugar de estudio y reflexión para la mejora de la Terapia Interaccional, para hacerla más efectiva y eficaz (Díaz, 2015).

Se trabaja con la cultura latina ya que constituye la tercera parte de la población de California; en el Centro se atienden personas que han llegado a California para trabajar, estudiar o buscando asilo político. Las personas de ese sector de la población que son hispano-hablantes se comunican mejor con su lengua nativa y más en dificultades o asuntos personales (Anger-Díaz, Schlanger, Rincón y Becerra, 2004).

La población latina de California es especial ya que mantiene su idioma y creencias, además de eso ha tenido que adaptarse a costumbres y reglas establecidas en los Estados Unidos (Schlanger, Cinella, Díaz y González, 2014).

Las actividades que se llevan a cabo en el Centro Latino de Terapia Breve son el ofrecer atención psicológica individual, en pareja y familiar, son atendidos por terapeutas expertos, así como terapeutas en entrenamiento, también se planean sesiones futuras, se revisan grabaciones de audios y se discuten estrategias e intervenciones para los casos que se presenta en el Centro Latino de Terapia Breve.

Los aspectos que particularmente hacen posible el trabajo con diferentes culturas del Modelo del MRI son: a) No Normatividad y b) No patologización, más adelante se definirá el significado de estas premisas.

Se trata de encontrar soluciones que tienen cabida dentro de los patrones culturales cuando estos parecen ser relevantes. El terapeuta siempre debe estar atento y ser

sensible a los fenómenos transculturales, ya que en cierto sentido el terapeuta siempre se enfrenta al otro como culturalmente diferente (Anger-Diaz, Schlanger, Rincón y Becerra, 2004).

## Capítulo 2. Premisas y Aspectos Teóricos del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del Mental Research Institute.

Para iniciar la terapia, el terapeuta debe basarse en una serie de ideas, tener un mapa, un modelo. El modelo debe ofrecer una serie de directrices que indiquen tanto lo que hay que hacer como lo que no hay que hacer (Fisch y Schlanger, 2002). En la psicoterapia estas ideas suelen ser una “realidad” construida para explicar en qué consisten y cómo se forman los problemas.

### 2.1 El constructivismo en el Modelo de Terapia Breve en Resolución de Problemas

El Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI tiene como principio básico una visión de corte constructivista, es decir, se expone como la “verdadera” naturaleza de las cosas no puede ser conocida y lo que comúnmente consideramos “hechos”, “descubrimientos” y “verdades” son constructos conceptuales para explicar el por qué o como “funciona” o no “funciona” algo (Vargas, 2007).

El constructivismo hizo ver a los terapeutas sistémicos que lo que ellos estaban buscando en las familias no era algo existente, sino algo que se relacionaba con los supuestos personales o con las premisas sobre la gente, la familia y los problemas. Se comenzó a reflexionar sobre la realidad de nuestras descripciones como terapeutas y a examinar el ajuste entre éstas y las realidades de los clientes (Nardone y Watzlawick, 1999). Según esto, menciona Watzlawick (2002), habría una realidad que es objetiva, ya que existe fuera y con independencia, una realidad

de primer orden; y hay una más que es el resultado de las opiniones y pensamientos hacia la realidad de primer orden, esta se conoce como realidad de segundo orden.

La consecuencia a nivel práctico que se da en la terapia tomando en cuenta la influencia del constructivismo es entender que los problemas que las personas traen a terapia tienen que ver con los significados que las personas han consensuado en torno a ellos (Rodríguez, 1994).

## 2.2 Premisas del Modelo de Terapia Breve en Resolución de Problemas del BTC del MRI

Teniendo como antecedente una visión constructivista, se generan otras premisas que comparten esta ideología y que se aplican en todo momento en la práctica del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI.

### 2.2.1 Aspecto no patológico

A pesar de la aparente sencillez de la estructura del modelo, su práctica no lo es en realidad. La manera de llevar a cabo la terapia es totalmente distinta a la terapia convencional. En otros modelos psicoterapéuticos se necesita de un diagnóstico (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo) para poder determinar el tratamiento adecuado, por el contrario, este modelo requiere que el terapeuta piense en una descripción de la conducta del paciente y de los intentos de solución (Fisch y Schlanger, 2002). Se evita colocar una etiqueta a la conducta no deseada y se prefiere investigar en qué contexto se desarrolla esta conducta. Haley (1980) menciona que catalogar a un niño como “delincuente” o afectado por una “disfunción

cerebral mínima” o a un adulto como “alcohólico” significa participar en la creación de un problema en forma tal que puede dificultar el cambio deseado.

### 2.2.2 Aspecto No Normativo

Fisch y Schlanger (2002), comentan que un problema es una conducta que para el paciente es claramente indeseable, más que la manifestación de una patología. Si la persona no se queja por alguna conducta, por lo tanto, no tiene ningún problema. En este sentido se dice que no existe criterio alguno para juzgar las conductas que muestren un individuo o su familia, el terapeuta de este modelo no contradice las ideas de cada cliente que acude a pedir ayuda, se aleja de los conceptos de normalidad o anormalidad y se enfoca en la queja. No se juzga la legitimidad de una queja, cada persona tiene la facultad de determinar si una conducta es deseable o indeseable.

### 2.2.3 La Interacción

Desde el punto de vista del Modelo del MRI, la interacción es básica: se cree que es inevitable que las personas que están en contacto continuo se influyan las unas a las otras (Fisch y Schlanger, 2002). En otros términos, la conducta de una persona da estructura a la conducta de la otra persona y viceversa (Fisch, Weakland y Segal, 2010).

De este modo, se considera que es posible conseguir cualquier cambio que se necesite en un sistema a través de promover el cambio en cualquier otro de sus miembros y no necesariamente en el paciente identificado (Vargas, 2007).

#### 2.2.4 Se bloquean los Intentos de Solución

En este modelo explica Fisch y Schlanger (2002), no importa cómo se inicia el problema, sino que los problemas persisten debido a la insistencia con la que la persona intenta resolverlos, a esto se le llama “Solución Intentada”.

Fisch, Weakland y Segal (2010) comentaron que la conducta no existe de manera independiente y por su cuenta, sino que está constituida por actos que lleva una persona, de esta manera resulta configurada y conservada de manera continua por reiterados esfuerzos que tiene lugar en el sistema de interacción social del individuo que manifiesta aquella conducta.

La mayoría de las personas hacen frente a ciertas dificultades cotidianas de una forma adecuada, sin embargo, cuando estas dificultades se enfrentan de manera equivocada o se aplique más de la misma “solución” se convierten en problemas (Fisch y Schlanger, 2002). Irónicamente las soluciones que intentan las personas para resolver un problema en gran medida mantienen o exacerban el problema (Fisch, Weakland y Segal, 2010).

Los mismos autores establecen que si la aparición y el mantenimiento de los problemas son considerados como parte de un círculo vicioso en el que las conductas de solución otorga continuidad al problema, entonces la alteración de dichas conductas sirve para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema, en consecuencia consideramos que el objetivo primordial de un terapeuta con formación en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI es interferir las conductas que intentan llevar a la solución, es decir, una vez

bloqueado el circuito de retroalimentación que mantiene el problema, se tiene acceso a mayor gama de conductas y no se enfrasca en una solución intentada (Cade y O'Hanlon, 2001; Fisch y Schlanger, 2002).

#### 2.2.5 El cambio favorece más cambios

En cuanto las personas notan un cambio positivo comienzan a alejarse de sus soluciones intentadas y esto ayuda a que existan mayores cambios. Esto permite que el Modelo del MRI sea breve y eficaz (Fisch y Schlanger, 2002). Es decir, cuando aparece el primer cambio, se generan más cambios como una bola de nieve o una piedra que cae en el agua, se genera una onda expansiva (Fisch y Schlanger, 2008).

#### 2.3 Formación de problemas

Primordialmente, a través de la lente del MRI, la generación de problemas se debe al intento de solución que, lejos de resolver la situación problemática, lo que provoca es que el problema se mantenga y crezca cada vez más.

Otra manera en la que se crea un problema es cuando alguna dificultad se afronta de manera incorrecta. La dificultad, mencionaron Watzlawick, Weakland y Fisch (1992), a diferencia de un problema, es un estado de cosas indeseables que pueden resolverse mediante algún acto de sentido común y no se necesita alguna capacidad especial para resolverlo; ahora bien, el problema se refiere a callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles, creados al enfocar mal alguna dificultad, como se había mencionado anteriormente.

Existen tres modos de enfocar mal las dificultades descritos por el equipo de Palo Alto integrado por Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch (1992):

### 2.3.1 Los “terribles simplificadores”

Se ha calificado como “terrible simplificación” a la forma de negar la existencia de un problema o comportarse como si el problema no existiera y de la cual se derivan dos consecuencias: a) el reconocimiento de un problema y cualquier manera de intentar darle alguna solución es un acto de maldad o locura y b) el problema que exige un cambio se complica por los problemas creados por la manera equívoca de abordarlo. Por ejemplo, la negación de problemas en familias se debe a la necesidad de mantener una fachada aceptable, se encuentran los llamados “secretos a voces”, llamados así porque todo el mundo los conoce y a pesar de ellos se supone que nadie sabe que toda la familia lo sabe.

### 2.3.2 El Síndrome de utopía

A diferencia de las terribles simplificaciones, la persona utópica ve la solución donde no existe alguna. El síndrome utópico se manifiesta de tres maneras:

Introyectiva: Esta posición conduce a un doloroso sentimiento de impotencia, ineptitud personal para alcanzar el propio objetivo. Otras posibles consecuencias de esta forma de síndrome de utopía son la alienación, divorcios y concepciones nihilistas del mundo.

Proyectiva: En este caso, la solución que hemos ideado parece ser que logrará que los problemas terminen y todos puedan vivir en paz y tranquilidad. A pesar de los esfuerzos que se han hecho, los resultados tardan en llegar o no llegan, la solución

no puede estar mal ya que se considera la mejor opción. Para ejemplificar esto se citará a Watzlawick (2002):

*“Por primera providencia se infundió en Olog la certeza indiscutible de que su visión del mundo era la única acertada... El segundo paso consiguió un resultado casi instantáneo, Le asaltó a Olog la pregunta, porque sólo él veía tan claro los males de mundo, mientras los otros vegetaban apáticos y resignados con la situación”*

El eterno viajero: En lugar de autoacusarse por ser incapaz de llevar a cabo un cambio utópico, el método elegido es relativamente inofensivo y está representado por una demora más bien agradable. Representado por el aforismo de Roberto Luis Stevenson: “Es mejor viajar colmado de esperanzas que llegar a puerto”. Esta forma de utopismo se vuelve problemática en la vida cotidiana cuando una persona espera que el “llegar” suponga la desaparición completa de sus problemas.

### 2.3.2 Las paradojas

La definición de paradoja según Watzlawick, Beavin y Jackson (1989) es una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes. Los mismos autores mencionan que los ingredientes esenciales de esta formulación son:

- Una fuerte relación complementaria
- Dentro del marco de esa relación, se da instrucción de que se debe obedecer, pero también desobedecer para obedecerla.

- La persona que ocupa la posición de inferioridad en esta relación no puede salir del marco y resolver así la paradoja haciendo un comentario sobre ella, es decir, metacomunicando acerca de ella.

La paradoja más común puede resumirse en la expresión ¡Sé espontáneo!. Esta clase de paradoja aparece a menudo en situaciones en las que la persona piensa que debería sentirse de otro modo que como se siente; como los sentimientos y emociones son espontáneos, al querer darles una solución voluntaria caemos en una paradoja.

#### 2.4 Cambio y Resolución de Problemas

El equipo del MRI se basó en dos teorías para poder generar la propia con respecto al cambio. Las teorías en las cuales se basaron fueron la Teoría de los Sistemas, de la cual tomaron en cuenta el hecho de que ciertas acciones llevaran a cabo un cambio benéfico, aparentemente, activan mecanismos reguladores homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior, es decir, el cambio que conserva el sistema y las reglas de las relaciones siguen siendo las mismas (Wittezaele y García, 2004). La Teoría de los Grupos proporciona una base que permite pensar que los cambios que puede tener un lugar dentro de un sistema permanecen sin variaciones (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992) a esto se le llama Cambio tipo 1.

La teoría de los Tipos Lógicos permitió tener en cuenta los elementos del sistema y al sistema mismo, el cual si cambia será un “metacambio”, un cambio de las reglas de relación de transformación (Wittezaele y García, 2004). La teoría de los Tipos Lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, sino que crea una

base para considerar la relación entre miembro y clase, a esto se le llama Cambio tipo 2.

## 2.5 Esquema Técnico

### 2.5.1 ¿Quién debería asistir a la primera sesión?

Se cree que la terapia comienza hasta que el cliente acude a la primera sesión (Fisch, Weakland y Segal, 2010), sin embargo, desde la llamada para pedir la cita se puede realizar el primer movimiento estratégico y así buscar la brevedad de la terapia. Cuando una persona llama para solicitar la cita para un tercero es recomendable preguntar ¿Está interesado ..... en acudir a terapia?, si no se encuentra lo suficientemente interesado, es mejor ver a la persona que está solicitando la cita (Fisch y Schlanger, 2008), de esta manera el tratamiento se mueve en diferentes bases y la probabilidad de éxito es mayor (Fisch, Weakland y Segal, 2010), ya que la función de la terapia es aliviar la queja del cliente, por eso es ideal ver a la persona que se queja (Fisch y Schlanger, 2008).

### 2.5.2 Aspectos Formales

En la primera sesión se le pide al paciente que llene un formulario para cubrir información demográfica básica. El terapeuta comienza explicando las disposiciones físicas y organizacionales, mencionando las ventajas para el tratamiento de realizar una grabación y observación, solicita un consentimiento por escrito para esto. El terapeuta también le dice al paciente que se trabaja con un máximo de diez sesiones por caso; esto ayuda a establecer una expectativa positiva de cambio rápido (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974).

### 2.5.3 ¿Cuál es el problema o queja?

Una vez que se ha establecido con quien tendremos la primera sesión y haber aclarado los lineamientos para trabajar, el siguiente paso es definir la problemática o queja por la que acude el cliente. Se recuerda que un problema es una conducta que es considerada por el paciente claramente indeseable (Fisch y Schlanger, 2002). Para que una dificultad se convierta en un problema se deben cumplir las siguientes condiciones: 1) que se haga frente a la dificultad de manera equivocada, 2) que se aplique más de la misma solución si no se resuelve la dificultad y 3) la dificultad tiende a realizarse de modo repetido (Fisch, Weakland y Segal, 2010).

El objetivo de obtener el problema es saber con claridad por qué el cliente acude a sesión. Es importante tomarse el tiempo necesario para esclarecer el problema, ya que esto nos permite acortar la terapia a localizar las áreas donde el cliente necesita ayuda y donde no lo requiere (Fisch y Schlanger, 2008).

Se concede poca importancia al origen de los problemas, pero si a cuánto tiempo ha afectado el problema al cliente. Además de centrarse en la actualidad, la información obtenida en la entrevista sobre el problema debe estar en términos de conducta y poder contestar a esta pregunta ¿Quién está haciendo que, que molesta a quién y cómo constituye tal conducta un problema?, por ejemplo, “mi hijo es un mentiroso patológico”, esta expresión no describe conducta alguna, a diferencia de “mi hijo miente cuando lo interrogo”, esta es una descripción a nivel pragmático del problema (Vargas, 2007).

Si la respuesta no es clara y concisa, el terapeuta debe pedir ejemplos sobre el problema adjudicándose que no entiende el problema y jamás culpando al cliente (Fisch, Weakland y Segal, 2010).

Los problemas deben ser algo que se puede contar, observar, medir o constatar de alguna manera. Una de las razones más importantes por las que se debe especificar claramente el problema es que así el terapeuta podrá saber si ha tenido éxito o no (Haley como es citado en O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Algunos ejemplos de preguntas para obtener el problema son:

- ¿Cuál es el problema que le trae aquí?
- ¿Quién está haciendo que esto... represente un problema?
- ¿Para quién y cómo constituye esa conducta un problema?
- ¿Cómo se convierte en problema la situación que usted menciona?
- ¿Cuánto tiempo se ha presentado este problema?
- ¿Por qué ha buscado usted en el momento justo en que lo ha hecho, y no antes o después?
- Imaginemos que haremos una grabación ¿Qué imágenes y diálogos veríamos?

#### 2.5.4 Intentos de Solución

La información clave, el cómo ha estado tratando de hacer frente al problema el cliente. Esta información es muy importante porque desde el punto de vista de este modelo, el problema se mantiene debido a la insistencia con la que la persona intenta resolverlos (Fisch y Schlanger, 2002)

El obtener la información sobre los intentos de solución (I.S.) funciona como un reductor de complejidad ya que no se repetirá algo que ya se haya hecho con anterioridad y no caer en “más de lo mismo” (Fisch y Schlanger, 2008).

De igual forma es necesario que esta información se obtenga en términos de descripciones de conducta y no en interpretaciones de la conducta, los ejemplos ayudan a clarificar nuestra percepción de los intentos de solución, además de entender cuál es impulso básico de los diversos esfuerzos realizados, por ejemplo:

*T: ¿cuándo su hija llega tarde a casa, que es lo hace usted para evitarlo?*

*P: le he pedido que llegue temprano, he platicado con ella sobre los peligros que hay en la calle a esas horas de la noche, condicionarla que si llega tarde de nuevo voy a cambiar la chapa de la puerta, ya no dejarla salir, no darle más dinero, le digo que si llega temprano le compro lo que desee.*

Al tener esta lista de intentos de solución se tiene el tema central que los I.S. que normalmente comienzan con un “debes” más una acción, en el ejemplo anterior el tema central de I.S. es “Debes llegar temprano”, a diferencia del tema terapéutico es siempre la negación del tema central, en este ejemplo la negación sería “no llegues temprano” o “Puedes llegar tarde”, sin embargo esta idea no se ofrece al cliente de esta manera sino que se lleva a cabo una labor de venta teniendo en cuenta la postura del cliente (comunicación personal de Karin Schlanger, 2016)

Algunas preguntas para obtener la información sobre los intentos de solución son:

- ¿Qué hace usted para modificar las cosas?

- ¿Qué es lo que las personas hacen y dicen en sus intentos de hacerle frente al problema?
- ¿Qué sucede?
- ¿Cómo lo hace/sucede?
- ¿Podría indicarme uno o dos ejemplos de lo que usted ha intentado?

#### 2.5.5 La postura del cliente

La postura del cliente se refiere a aquellas opiniones, puntos de vista, valores o creencias que la gente a menudo nos hace saber cuándo hablan de eventos que ha sucedido durante su vida. Para el propósito de la terapia; estas creencias son utilizadas para acortar el tiempo de la terapia, además de poder influir en el cliente para lograr que haga algo que no están acostumbrados a hacer, a realizar algo alejado de sus I.S. (Fisch y Schlanger, 2008). En esencia, la tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema.

Cuando el problema principal se refiere a la conducta de otra persona, es de suma importancia saber si ve a esa persona como “enfermo” o “malo”. La postura de “enfermo” quiere decir que no tiene control sobre su conducta o son víctimas de alguien que mal influencia sus acciones o víctimas de las circunstancias. La postura de “malo” significa que la persona tiene control de sus actos y elige continuar con su conducta problemática (Chaney, 1993).

Fisch, Weakland y Segal mencionan que (2010) hay personas que asisten a sesión por coacción y los autores los definen como pacientes que no están en un proceso

terapéutico por convicción propia sino que son enviadas u obligadas a asistir a terapia, por ejemplo, adolescentes o delincuentes. El objetivo con este tipo de cliente es establecer un acuerdo o negociar el tipo de ayuda que esta persona requiera, moviendo su postura hacia algo que a él le interese.

Existen posturas que asume el cliente hacia el problema. Por ejemplo, una postura pesimista hacia el problema o bien, algo complicado de resolver, pero que se puede afrontar. Al contrario de esta postura se encuentran las personas optimistas a su problema, una excepcional convicción sobre lo que se quiere y se puede conseguir, llevando su problemática hacia algo resoluble consiguiendo la autorrealización o una vida totalmente plena y feliz.

Con respecto a la terapia existen tres tipos de posturas: a) los receptores-pasivos de los consejos que les pueda otorgar el terapeuta, a la inversa, b) los que utilizan al terapeuta como una caja de resonancia activo y toman el proceso terapéutico en sus manos y c) los que buscan un trabajo en equipo con el terapeuta para poder dar resolución a su problemática.

En el momento de dar alguna intervención, esta debe ser coherente con la postura que el cliente haya manifestado a lo largo de las entrevistas. No cabe duda de que el obtener la postura del cliente, entre la gama de información que nos brinda, es una de las tareas de mayor dificultad que existe en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI, a lo que la única solución que se encuentra es, escuchar con mucha atención las palabras del cliente (Comunicación Personal Clara Solís, 2018).

### 2.5.6 Definición de metas

En el enfoque de Terapia Breve Resolución de Problemas del MRI el objetivo general es interrumpir los intentos de solución que el cliente ejecuta para resolver su problema, Richard Fisch decía: “*No trabajamos con problemas, trabajamos con soluciones intentadas*” (Clara Solís, comunicación personal, 2018); Fisch, Weakland y Segal mencionan que (2010) el determinar un objetivo realista y alcanzable era una de las características del trabajo de Milton Erickson (Wittezaele y García, 2004), con la precisión del objetivo se puede delimitar mejor el problema y ofrece al cliente una percepción de la evolución favorable del tratamiento, es importante establecer el objetivo de manera clara, concreta y en lenguaje conductual, evitar objetivos utópicos o vagos ya que el objetivo es al lugar donde se pretende llegar al finalizar la terapia.

En este apartado se darán a conocer las intervenciones formuladas previamente y para lo que debemos tener en cuenta que la planeación de la intervención debe planearse cuidadosamente y teniendo en cuenta los puntos que plasma Fisch y Schlanger, (2008):

- Tener claridad de ¿cuál es problema?
- Revisar los Intentos de Solución
- Obtener el tema central de los Intentos de Solución
- El terapeuta debe negar el tema central de los I.S. y obtener el tema terapéutico

- Revisar la información recopilada sobre la postura del cliente y utilizarlo para la venta de la tarea
- Cuando el cliente acepta la racionalización para actuar de manera diferente, encontrar una tarea concreta que pueda realizar

#### 2.5.7 Diseño de Intervenciones

En esta fase se trata de elaborar alguna intervención que, de manera estratégica, lleva al cliente a la resolución de su problema y al terapeuta hacia la interrupción de los I.S. del cliente, haciendo uso de la postura y lenguaje del cliente como se ha mencionado anteriormente.

Lo anterior no quiere decir que el terapeuta durante la sesión no interviene, el terapeuta es un agente de cambio que constantemente está interviniendo desde el primer contacto con el cliente con tan solo algunas sencillas preguntas. Se entiende que la terapia va más allá de solo formular propuestas o entregar tareas al cliente, una terapia ideal es aquella que el profesional no tiene que ofrecer alguna tarea, ya que en el transcurso de la conversación con el cliente puede hacer que él mismo logre generar nuevas ideas para afrontar el problema que lo trajo a sesión (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

Debe recordarse que las dificultades aparecen de manera natural ante cambios o transiciones de la vida. De manera general estas dificultades casi siempre son manejadas y resueltas por sentido común, sin la necesidad de ayuda de algún experto. Estas dificultades se convierten en problemas cuando se enfrentan de

manera equivocada y esta forma de enfrentar la dificultad se aplica con mayor fuerza si no se ve resulta al primer intento.

La forma de intervenir, desde el punto de vista del MRI, incluye maniobras y directivas que a continuación se definen y se ofrecen algunos ejemplos de estas intervenciones.

#### *2.5.7.1 Tipos de Maniobras*

Chaney (1993) menciona que las maniobras se realizan durante la sesión, el terapeuta puede decir cosas al cliente que son diferentes u ofrecer percepciones nuevas a las que habían mostrado otros terapeutas, familiares o amigos, esto se da mientras la sesión se lleva a cabo. Cuando se practica el modelo del MRI resolución de problemas se da cuenta que cada intercambio con el cliente será una oportunidad de ejecutar intervenciones características del modelo del MRI (Grupo Palo Alto, 2016). Algunos ejemplos de maniobras los encontramos en Fisch, Weakland y Segal (2010):

- **No Apresurarse**

Se le indica al cliente que no se apresure, nada concreto, únicamente se le dan argumentos para evitar que haga más de lo que ya ha hecho. En ocasiones suele ser la única maniobra que se utiliza para bloquear los I.S. ya que las personas se esfuerzan por resolver pronto su problema.

- **Un cambio de dirección**

Esta maniobra es utilizada cuando el terapeuta comienza a discutir con el cliente, también se utiliza cuando se da una sugerencia que, en un inicio, parece que se acepta por el cliente, sin embargo, posteriormente le da una connotación de poco productiva. Otra forma de cambio de dirección puede llevarse a cabo haciendo referencia a la consulta con otro terapeuta “más experimentado”, esto puede incrementar la probabilidad de que el cliente acepte la sugerencia para resolver el problema.

- **Reencuadre**

Esta maniobra descrita por Watzlawick en Nardone y Watzlawick (1999), tiene el objetivo de cambiar el marco de percepción, dejando los mismos hechos, pero enmarcándolos en otra situación totalmente distinta a la anterior. Para lograr un reencuadre exitoso se debe comunicar en un lenguaje congruente con la manera en que el paciente conceptualiza su mundo, compatible con su realidad de segundo orden (Nardone y Watzlawick, 2007).

- **Connotación Positiva**

En lugar de criticar y negar la actuación del paciente, aun cuando sea ésta absolutamente errónea y disfuncional, se tiene información de que resulta mucho más eficaz gratificar a la persona y por medio de esta gratificación sugerir conductas orientadas a la modificación de la interacción. (O’Hanlon, 1993).

## **Directivas**

Chaney (1993) define una directiva son tareas que se le dan al cliente para que piense o haga algo diferente entre una sesión de terapia y otra con el objetivo de dar un giro de 180° y así bloquear su solución intentada. Las directivas son utilizadas tanto para aprovechar el tiempo entre las sesiones como para promover cambios positivos en donde se genera el problema (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974). Las directivas pueden ser:

- **Tareas Directas**

Son indicaciones claras de acciones y concretas cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún o algunos componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma.

- **Tareas Indirectas**

Nardone y Watzlawick (2007) las definen como prescripciones que tienen el objetivo de producir algo distinto de lo que se le ha presentado al cliente. Este tipo de prescripciones utiliza la técnica hipnótica del desplazamiento del síntoma.

- **Instrucciones paradójicas**

La Instrucción paradójica es usada frecuentemente en la forma de casos específicos donde el paciente intenta disminuir la frecuencia del síntoma o mantenerla bajo control. Por ejemplo, en síntomas físicos como: dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil. Se le menciona al cliente que, de esta sesión a la siguiente, por periodos específicos, debe hacer todo el esfuerzo que pueda para aumentar el

síntoma, esto acompañado de una explicación que motive que el cliente realice esta tarea.

- **Los peligros de una mejoría**

Se le pregunta al cliente si identifica los peligros que acarrea el solucionar el problema, es importante hacer notar al cliente que habrá algún tipo de peligro al mejorar la situación.

Esta intervención usualmente se utiliza para presionar al cliente cuando no ha hecho la tarea que se le ha encargado, de este modo se le diría al cliente: “No tiene que disculparse por no haber hecho lo que se le encargó la semana pasada. Mire, es posible que su inconsciente no esté queriendo decir algo, algo que no he logrado descifrar y más vale que pregunte ¿Ve usted algún peligro en una eventual mejoría? esta pregunta hace alusión a que no se trabaja más que el cliente.

- **Como empeorar el problema**

Se utiliza cuando el cliente se ha mostrado reticente a las sugerencias para lograr el cambio y probar algo diferente. Algunas maneras para llevar a cabo esta maniobra son devolviendo lo que él ha hecho para resolver el problema sin conseguirlo y de lo contrario lo ha exacerbado, o bien también se puede hacer en forma de pregunta: ¿Qué es lo que haría que su problema fuese aun peor?, esta pregunta es útil en dos casos: primero cuando los clientes son ambiguos en la terapia o que ofrecen resistencia, segundo funciona como finalización del tratamiento reforzando el progreso alcanzado.

Una variante más para realizar el “como empeorar el problema” es prescribir aquello que el paciente ha hecho para solucionar su problema, pero sin la presentación de una sugerencia más para empeorar, sino de un intento al extremo, con más fuerza, hasta llevarlo a que provoque aversión. Esta sugerencia es utilizada con clientes a los que se les ha ofrecido sugerencias de modo directo.

#### *2.5.7.2 Procedimiento para diseñar una Intervención*

Para diseñar una intervención que logre el objetivo terapéutico es importante revisar la queja principal, intentos de solución, primeras señales de cambio y la postura del cliente. Una vez que se tiene clara esta información se consideran directivas que pidan al cliente hacer un giro de 180° de lo que el cliente ha estado haciendo, no simplemente cesar los intentos de solución. Con el uso de la postura del cliente planificar como se desea introducir la intervención del cliente, usando palabras que tengan sentido y que estén basadas en su postura con respecto a la situación problemática, además de presentar la intervención al cliente en términos que sean comprensibles y persuasivos. En la sesión subsecuente el terapeuta debe mostrar interés en recibir información del cliente para saber cómo la directiva fue llevada a cabo y que resultados obtuvo.

#### 2.6 Intentos de Solución más recurrentes

Fisch, Weakland y Segal (2010) agruparon los intentos de solución con los que se encontraban frecuentemente en 5 categorías y realizan sugerencias de como romper con cada uno de estos intentos de solución.

### 2.6.1 El intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo

En esta categoría el paciente padece una dolencia en sí mismo, no hacia otra persona. Los problemas que están dentro de esta categoría se tratan del funcionamiento corporal o rendimiento físico: impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, coito doloroso, apatía sexual, problemas del apetito, estreñimiento, diarrea, función urinaria, temblores y tics, tartamudeo, dolor imposible de aliviar, dificultades respiratorias, insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter como depresión, obsesiones y compulsiones bloqueos creativos y de la memoria.

A pesar de que estas dolencias no tienen una relación entre sí, se tratan de actividades humanas de orden mental o corporal, además de que son autoreferenciados. Estas actividades se realizan de manera natural o espontánea, de tal modo que cuando las personas sufren alguna alteración en ella pueden ocurrir dos cosas: la primera, que la persona no tome importancia y de manera natural se restablezca el equilibrio, o la segunda, que la persona vea esta perturbación como un problema y toma medidas voluntariamente para solucionarlo. Los clientes, como otro intento de solución, platican el problema a otras personas y ellos participan en la interacción alentando el esfuerzo que genera y perpetúa el problema, así colaborando a mantenerlo.

En esta clase de problema la solución se encuentra cuando el cliente renuncia a sus intentos de esforzarse demasiado, sin embargo, no resultará si simplemente se le sugiere que deje de esforzarse, ya que el cliente cree que es la única manera lógica y razonable para solucionar el problema, también el limitarse a pedir

abandonar su intento de solución provoca que el cliente este más consciente de ella lo que provoca mayor dificultad en dejarlo.

La maniobra general es invertir el intento del cliente de superar el problema, para lo que se le da una serie de argumentos y directrices que llevan al paciente a fracasar en su rendimiento, algunos de los argumentos pertenecen a dos categorías: la primera, es argumentar al cliente que aún hace falta información y se necesita provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico, la segunda justificación, se necesita provocar la aparición del síntoma como paso inicial hacia su control.

En síntesis, para categorizar este Intento de Solución hay que tener en cuenta los siguientes criterios:

- Es un problema autoreferencial.
- Es un problema de tipo físico o emocional.
- El problema se mantiene en presencia de terceros
- Que la solución intentada radica en esforzarse demasiado para lograr el rendimiento ideal.

#### 2.6.2 El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

Este I.S. se suele utilizar al quejarse de estados de terror o de ansiedad, por ejemplo, fobias, timidez, bloqueos de escritura o en otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento (hablar en público, miedo a salir en escena). Este tipo de síntomas son también autoreferenciados, sin embargo, a diferencia del I.S. anterior, los

estados de terror o ansiedad se pueden generar y mantenerse sin necesidades de que intervenga nadie más y el cliente lo puede mantener por su propia cuenta.

El intento básico de solución a nivel conductual es el que se prepare para el acontecimiento temido, de modo que el acontecimiento pueda ser dominado con antelación. Para lograr bloquear los I.S. se dan directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, pero al mismo tiempo que exigen una ausencia de dominio de ella, es decir, exponer al cliente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.

En síntesis, para categorizar este I.S. es necesario tomar en cuenta:

- Los padecimientos son de tipo autoreferenciados.
- Son problemas donde existe miedo e intenta evitarse.
- No es necesario que un tercero mantenga el problema, ya que se mantiene por si solo.
- El I.S. básico es preparase con anterioridad para el acontecimiento temido.

### 2.6.3 El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

Los problemas que utilizan esta solución son los que implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una colaboración mutua como son las riñas conyugales, conflictos entre padres e hijos pequeños o problemas entre hijos adultos y padres edad avanzada, la solución que mantiene el problema es sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a su exigencia, la manera de bloquear el I.S. consiste en hacer que el solicitante de ayuda coloque en una actitud de inferioridad. Sin embargo, esto no es sencillo, el terapeuta debe

elaborar una formulación de venta, mostrándole al cliente a emplear solicitudes de distinta manera en un estilo no autoritario, por ejemplo, “Te estaría muy agradecido si tu...” en lugar de “tienes la obligación de...”.

En otro escenario de este I.S. está la aparición de un mediador en la discusión, cuyo deber es fungir como la parte racional de la tríada y lo que pretende hacer es calmar a las partes que discuten y evitar más peleas, esto inconscientemente hace que persista el problema. Se sugiere evitar a la parte pacificadora que desaparezca de escena, al contrario, se utiliza su postura y se le sugiere cambiar de táctica, en lugar de calmar a los contrincantes debe compadecerse de ellos, la compasión posee efectos más apaciguadores que la oposición.

Los criterios importantes para enmarcar la interacción del problema en este Intento de solución son:

- El Intento de Solución se da entre dos o más personas
- Jerárquicamente, una de las partes del sistema tiene poder sobre la persona que desea convencer mediante argumentos lógicos a su posición.
- Regularmente se presenta una relación simétrica y, por consecuente, una escalada simétrica.

#### 2.6.4 El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación

Este intento de solución es un ejemplo de querer lograr espontaneidad mediante la premeditación resumida en la siguiente expresión “Me gustaría que lo hicieras, pero todavía más que quisieras hacerlo”.

Algunos de los escenarios donde se utiliza este I.S. es cuando los padres exigen a los hijos que hagan algo por su propio bien. El llevar a cabo este tipo de interacción conlleva a un problema ya que a la persona que se le pide que lleve a cabo alguna actividad, considera que es intrusivo para su integridad, como si lo vieran frágil o incapaz, en consecuencia, su libertad tiene que ser defendida por otra persona.

Otro de los escenarios es en parejas donde el argumento es: “Mi marido ignora mis necesidades; debería ser consciente de ellas sin que yo se lo tuviera que decir”.

En todos estos problemas hay un mismo común denominador: una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión. La estrategia para bloquear este I.S. es lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente.

Aspectos importantes a tener en cuenta en este Intento de Solución son:

- Este Intento de Solución se da entre dos personas, usualmente parejas o padres e hijos.
- Las peticiones que se llevan a cabo tienden a tener un doble mensaje, una paradoja.
- En ocasiones puede ser una interacción que contenga relaciones de doble vínculo.

#### 2.6.5 La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

En esta clase de problemas hay alguien que sospecha de otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez. La interacción se muestra así: Sujeto A formula una

acusación acerca del sujeto B, y que este responda mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa, lo que lleva a confirmar las sospechas de A y B vuelve a defenderse y así sucesivamente.

Este juego terminaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo, en ocasiones esto se logra si se entrevista con el acusado y se le enseña cómo dar por terminado el juego, es decir a través de una acción unilateral, por ejemplo, es que el defensor acepte las acusaciones y además las lleve a un grado obviamente absurdo.

Una segunda estrategia para bloquear el I.S. es la interferencia, se trata de una intervención diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.

Aspectos que considerar en este Intento de Solución son:

- En este Intento de Solución, se presenta más en casos de pareja, por infidelidad, sin embargo, está en problemas de adicciones o delincuencia.
- En este Intento de Solución, también se presenta una escalada simétrica.
- Delimitar y tener claro quien se presenta a sesión, el acusado o acusador, depende de esto se llevará a cabo la intervención.

## 2.7 La terminación del tratamiento

Hay dos maneras de terminar el tratamiento, la primera cuando el problema este resuelto y no hay mayor dificultad, que en realidad es lo que se busca cuando llega un cliente y la segunda cuando el problema no ha sido resuelto. Dentro de estas

categorías encontramos distintos escenarios de como terminar las sesiones y que hacer como terapeutas ante estas situaciones.

#### 2.7.1 La terminación del tratamiento cuando el problema ha sido resuelto

En esta categoría se encuentran los clientes que están preocupados por la finalización del tratamiento y se esfuerza por “hacer las cosas bien”, corriendo el riesgo de regresar a su problemática. En este caso como terapeuta no es conveniente tranquilizar al cliente, ya que paradójicamente se sentirá más ansioso en “hacer las cosas bien”, sino plantear un empeoramiento como suceso esperado y normal, así el cliente no se verá aterrorizado ante una recaída en su problema.

Cuando los clientes manifiestan satisfacción con respecto al resultado de la terapia y mencionan “me gustaría probar por mi cuenta durante una temporada y ver qué pasa”, en este caso es importante no intentar convencer al cliente para que permanezca en el tratamiento ya que el fin del tratamiento será poco elegante y nada efectivo, la despedida deberá ser en un clima de afabilidad, de esta manera la reanudación del tratamiento será facilitada.

Otra clase de finalización es cuando los clientes se sienten complacidos con los resultados del tratamiento y se lo atribuyen a la sabiduría e inteligencia del terapeuta, en este caso lo más sencillo es aceptar el agradecimiento y enfatizar la contribución del cliente y que ello ayudo al éxito del tratamiento.

#### 2.7.2 Terminación del tratamiento sin que se haya resuelto el problema

En este paso del esquema técnico pueden ocurrir diversos escenarios para la terminación del tratamiento, aquí se mencionan 2 escenarios:

- a) Cuando se ha llegado a la última sesión y no se ha resuelto el problema: hay dos caminos a elegir el primero es intentar en la última sesión la solución del problema o el segundo indagar por qué fallo la estrategia del terapeuta. Es conveniente elegir el segundo camino ya que se encuentra en la última sesión y realizar alguna maniobra requiere seguimiento, lo más probable es que el terapeuta trabaje más que el cliente.
- b) Cuando el problema no ha sido resuelto es cuando se llega a la última sesión e iniciarla de la siguiente manera: “Como sabe esta es nuestra última sesión. Desde mi punto de vista, su problema en realidad no ha cambiado nada y creo que yo no le servido a usted para nada”, esto prepara la sesión para el cierre y preguntar: En su criterio ¿Qué fue lo que se hizo o no se hizo que provocó que no se solucionara el problema?

En la mayor parte de los casos es el cliente quien propone la terminación o quien insiste en el tema, en este caso el terapeuta aceptará la sugerencia del cliente intentando evitar el presionar al cliente a que continúe con el tratamiento.

## 2.8 Seguimiento de Casos

Se habla sobre el futuro, más allá de la terminación del tratamiento, el hacer seguimientos telefónicos de lapsos de tiempo (tres meses, seis meses y un año) con el objetivo de saber si las cosas siguen funcionando para el cliente y que el problema que lo llevo a terapia no ha representado de nuevo alguna dificultad (Fisch y Schlanger 2002; Cardona, 2015).

En esta conversación usualmente se manifiestan sugerencias positivas acerca de próximas mejoras. Podemos recordar a nuestros pacientes que nuestro tratamiento no estaba dirigido a conseguir soluciones finales, sino un hallazgo inicial sobre el cual ellos mismos pueden construir posteriormente.

Sin embargo, dar el paso de la teoría a la práctica del modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI requiere un trabajo detallado, no sólo es tener claridad en cuanto a las premisas del modelo y al esquema técnico que se utiliza, sino de los elementos implícitos que posee este modelo de terapia, elementos que sólo son posibles de hacerse visibles mediante la formación y supervisión en el modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI. A continuación, se describe sobre el cómo se hace la formación de un terapeuta breve en el Modelo de Resolución de Problemas del BTC del MRI.

### Capítulo 3. Formación y capacitación de terapeutas en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del Mental Research Institute

Actualmente, se reconoce la necesidad de formar profesionales que sean más reflexivos y propositivos en la manera de ejecutar su actividad profesional a diferencia del terapeuta tradicional. Lo que se persigue es potencializar el impacto de su intervención en los contextos en el que se desenvuelve como profesionista, esperando que desarrolle habilidades como la creatividad, espontaneidad y flexibilidad con los clientes que solicitan su servicio (Garzón, 2008). Haley (1997) mencionaba que la misión de los terapeutas es aprender terapia con toda responsabilidad y seriedad posible, ya que una mala formación acarreará una mala praxis y los afectados son las personas acuden al servicio de psicología en busca de alivio a su dolencia.

A los terapeutas se les pide que guíen a seres humanos con dificultades y provoquen algún cambio en sus vidas, a pesar de que el terapeuta novato se muestre inseguro o intimidado ante algún caso (Haley, 1997). La formación consiste en aprender técnicas terapéuticas y adquirir las destrezas necesarias para entrevistar y tratar a la variedad de clientes que buscan la ayuda profesional.

En países donde la práctica de la psicoterapia familiar y de pareja se encuentra regulada, se requiere poseer habilidades o competencias básicas, para garantizar que los usuarios del servicio reciban el tratamiento y cuidado que necesitan, que sea seguro, eficaz, oportuno y que satisfaga las necesidades de estos, respetando

así sus valores y prioridades (Nelson, Chenail, Alexander, Crane, Johnson, Schawallie, 2007).

Para efectos de este trabajo se considera la regulación de la terapia familiar y de pareja de Estados Unidos Americanos, de manera particular del estado de California, como ejemplo de cómo es que se lleva a cabo el proceso de formación con criterios establecidos por organizaciones dedicadas a la Terapia Familiar y de Pareja, regulaciones establecidas en la ley.

### 3.1 Práctica de la Psicoterapia en un Contexto Regulado Legalmente

Nelson, Chenail, Alexander, Crane, Johnson, Schawallie, (2007) mencionan que en el 2003 la AAMFT (American Association for Marriage and Family Therapy) convocó a un grupo de trabajo cuyo objetivo era desarrollar un esquema general de los conocimientos y habilidades que son necesarias para el terapeuta familiar.

Continuando con los mismos autores, algunos de los documentos que se revisaron durante esa primer mirada y así lograr establecer las habilidades básicas para el terapeuta matrimonial y familiar fueron Informes de Validación de la Junta Reguladora de Terapia Matrimonial y Familiar de California, un curso de preparación para el examen nacional de Terapia Matrimonial y Familiar, La Junta Americana de Psiquiatría y Neurología Competencias Fundamentales, Asociación de Centros Postdoctorales e Internacionales de Psicología, Órganos de reglamentación de los Psicólogos en Canadá entre otros; con la revisión de estos documentos se llegó a

identificar seis dominios y cinco subdominios donde se desarrollan las habilidades básicas del terapeuta familiar. Los seis dominios son:

- a) *Admisión del Tratamiento*: Se refiere a todas las interacciones entre los clientes y el terapeuta hasta el momento en que se establece un contrato terapéutico.
- b) *Evaluación Clínica y Diagnóstica*: Las actividades centradas en la identificación de los problemas a ser tratados en terapia.
- c) *Planificación del Tratamiento y Gestión de Casos*: Todas las actividades que se centran en dirigir el curso de la terapia y las actividades extra terapéuticas.
- d) *Intervenciones Terapéuticas*: Todas las actividades diseñadas para mejorar los problemas clínicos identificados por él terapeuta.
- e) *Cuestiones Jurídicas, ética y normas*: Todos los aspectos legales de la terapia que involucran estatutos, regulaciones, principios, valores y costumbres de la Terapia Matrimonial y Familiar.
- f) *Investigación y Evaluación de Programas*: Los aspectos de la terapia que involucran el análisis sistemático de la terapia y cómo se lleva a cabo de manera eficaz.

Los cinco subdominios que se generaron a partir de tener claridad en los dominios principales tienen el objetivo de ofrecer una estructura y así facilitar la enseñanza y supervisión de las habilidades que posee el terapeuta, los subdominios son:

- **Habilidades Conceptuales:** Estas habilidades demuestran conocimiento y familiaridad con los modelos de terapia familiar y sus conceptos, teorías del sistema y el pensamiento, y una conciencia del terapeuta como un agente de cambio.
- **Habilidades Perceptuales:** Proporcionan la interpretación de datos a través de lentes pragmáticos y conceptuales junto a la teoría de empate o habilidades conceptuales de lo que está sucediendo en el sistema del cliente.
- **Habilidades Ejecutivas:** Estas habilidades son los comportamientos, acciones e intervenciones que tiene el terapeuta durante el proceso terapéutico.
- **Habilidades Evaluativas:** Se refiere al proceso de evaluar la efectividad de las actividades terapéuticas y del terapeuta.
- **Habilidades Profesionales:** Son las actividades y actitudes del terapeuta relacionadas con la prestación del servicio del Terapeuta Matrimonial y Familiar, incluyendo el desarrollo profesional y la identidad del terapeuta.

Además de desarrollar las habilidades básicas del terapeuta durante su formación existen una serie de requisitos para ejercer y obtener la licencia del terapeuta matrimonial y familiar en California, los requisitos son:

- Obtener el Título de Maestría y experiencia supervisada como aprendiz.
- Registrarse en la página de Board of Behavioral Sciences (BBS) como pasante de Terapeuta Familiar y de Pareja.
- Postularse para presentar el Examen la ley y Ética de California.
- Cuando haya obtenido el total de 3.000 horas y aprobado el Examen la ley y Ética de California, solicitar la evaluación Clínica para Terapeutas Familiares y de Pareja de California.
- Una vez aprobado ambos exámenes, se solicita la licencia inicial.
- Por último, se obtiene la licencia oficial como Terapeuta Familiar y de Pareja.

Durante este proceso se deben reunir 3,000 horas de supervisión divididas de la siguiente manera:

<b>Tipo de experiencia</b>	<b>Mínimos y Máximos de horas</b>
1. Asesoramiento individual o psicoterapia (realizado por el terapeuta)	Sin mínimo o máximo de horas
2. Psicoterapia familiar, familiar y de niños (realizada por el terapeuta)	Mínimo 500 horas

3. Terapia grupal o consejería (realizada por el terapeuta)	Mínimo 500 horas
4. Asesoramiento sobre telemedicina (realizado por el terapeuta)	Máximo 375 horas
Nota- Horas de pregrado: un máximo de 750 horas de experiencia clínica (1-4 arriba), incluido el contacto directo con el supervisor (7,8), se pueden contar antes del grado.	
5. Experiencia sin orientación (A-D abajo)	Máximo 1,250 horas combinadas
A. Asistir a talleres, seminarios, sesiones de capacitación o conferencias	Máximo 250 horas
B. Psicoterapia personal	Máximo 100 horas x 3
C. Defensa centrada en el cliente (CCA)	Máximo 1,250 horas
D. Supervisión directa	Máximo 1,250 hrs. / Mínimo 52 semanas u horas
6. Administrar y evaluar pruebas psicológicas, escribir informes clínicos, notas de progreso o notas de proceso.	Máximo 250 horas
7. Supervisión, individual (uno a uno)	Mínimo 52 semanas u horas
8. Supervisión en grupo	Sin mínimo o máximo de horas

<p>NOTA: Se requiere un mínimo total de 104 horas / semanas de supervisión. Las personas que obtienen horas antes o después del título deben tener un mínimo de una (1) hora de supervisión individual.</p>		
<p><b>Razones de supervisión requeridas para la experiencia de consejería directa.</b></p> <p>Proporción de horas de experiencia clínica a unidades de supervisión. (Una unidad de supervisión es igual a una (1) hora de supervisión individual o dos (2) horas de supervisión grupal)</p>	<p><b>Aprendices:</b> Mínimo de una (1) unidad de supervisión por cada cinco (5) horas de contrato de cliente en cada entorno.</p> <p><b>Postgrado:</b> Mínimo de una (1) unidad de supervisión cada semana en cada entorno; Y una unidad adicional durante cualquier semana en la que se obtienen más de diez (10) horas de contacto con el cliente en cada configuración</p>	
<p>Semanas de experiencia requerida</p>	<p>Mínimo 104 semanas</p>	
<p>Total de horas de experiencia requeridas</p>	<p>Pre grado Máximo 1,300 horas</p>	<p>Pos Grado Mínimo 1,700 horas</p>
	<p><b>TOTAL 3,000 horas</b></p>	

Durante la formación de nivel de maestría del terapeuta matrimonial y familiar, necesita cubrir temas que enriquezcan su conocimiento y que son un complemento en la práctica de la profesión. Los cursos que requiere tomar son:

- Valoración del abuso infantil y presentación de informes
- La Sexualidad humana.
- El alcoholismo, abuso de sustancias químicas y Dependencia.

- El envejecimiento, la atención a largo plazo / abuso en el adulto mayor dependiente.
- Evaluación, detección e intervención en el abuso de la pareja/conyugue.
- Las pruebas psicológicas.
- Psicofarmacología.
- La ley de California y Ética Profesional

Una vez que se ha obtenido la Licencia para ejercer la Terapia Matrimonial y Familiar, esta tiene una vigencia de 5 años. Al terminar este plazo se debe realizar una renovación de la licencia para esto se requiere haber reunido 36 horas por cada 2 años con la licencia, demostrándolo con las certificaciones de la Educación Continua que se ha llevado a cabo. Se tiene un tiempo límite de 3 años para realizar la renovación de la Licencia, si el tiempo límite es rebasado se tendrá que realizar el trámite nuevamente.

Este proceso se hace en un país que regula la ejecución de la psicoterapia, en este caso se tomó como referencia el contexto de Estados Unidos, particularmente del Estado de California. En México se está trabajando para lograr una regulación de la práctica de la psicoterapia, sin embargo, este proceso está en desarrollo y en la actualidad existe poca regulación de la praxis clínica de la psicología.

### 3.2 Práctica de la Psicoterapia en el Contexto Mexicano

En la Ciudad de México, la práctica de la psicoterapia está regulada por la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, publicada en el Diario Oficial del Distrito Federal el 23 de febrero del 2011 con una última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 18 de diciembre del 2014.

La Ley de Salud Mental del Distrito Federal, tiene como objetivo regular las bases y modalidades para garantizar el acceso con un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género. Establecer los mecanismos adecuados para la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental tanto como en el sector privado como en el público.

En cuanto lo que dicta y establece la Ley de Salud Mental del Distrito Federal para el psicoterapeuta, es necesario que el psicoterapeuta cuente con cédula profesional y con estudios de posgrado en psicoterapia realizados en instituciones que cuenten con validez oficial. Requiere un espacio físico, virtual o telefónico, garantizando los aspectos de confidencialidad, privacidad, aislamiento, sin contaminación con una iluminación y ventilación adecuada (Ley de Salud Mental del Distrito Federal, 2014).

Dentro de la oferta educativa de la Universidad Nacional Autónoma de México se ofrece un posgrado en Terapia Familiar en la cual se busca desarrollar habilidades y competencias específicas de un terapeuta sistémico-construccionista dentro de un marco legal y apegándose al código ético del psicólogo (Universidad Nacional

Autónoma de México, 2013). En esta maestría en Terapia Familiar las habilidades que se desean alcanzar están divididas en cinco campos:

- **Habilidades Teóricas Conceptuales:** Se refiere a conceptualizar, analizar la viabilidad e identificar las especificaciones de los diferentes modelos expuestos en el programa de maestría.
- **Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación y Tratamiento:** Estas habilidades se refieren a la práctica de la psicoterapia.
- **Habilidades de Investigación y Enseñanza:** Diseño de investigaciones sobre la problemática de los usuarios, compartir conocimiento que ayuden a una mejor práctica de la psicoterapia, diseñar investigaciones cualitativa y cuantitativa, establecer condiciones relacionales con otras disciplinas encaminada a la investigación aplicada.
- **Habilidades de Prevención:** Esta habilidad engloba la elaboración de programas para resolver o prevenir problemas familiares o psicosociales.
- **Ética y Compromiso Social:** Desarrollo de valores, respeto, confidencialidad y compromiso personal y social.

Las competencias que se establecen en el programa de Maestría en la Universidad Nacional Autónoma de México son similares a las de programas de formación que se llevan a cabo en el Estado de California, en Estados Unidos, por lo que se puede hablar de que el programa de Maestría de la UNAM se apega a las regulaciones de la psicoterapia que se está construyendo en México.

### 3.3 Formación del terapeuta en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del Mental Research Institute

En cuanto a la formación en terapia sistémica, Ludewig (1998) comenta que se mezclan ciertos elementos como: el estudio del pensamiento sistémico y ampliación del horizonte de reflexión, la ejercitación de técnicas y ampliación del repertorio de actuación, también poner a prueba las técnicas adquiridas bajo la supervisión.

Los comienzos de la formación con el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problema del BTC del MRI fueron con Virginia Satir (Wittezaele y García, 2004) quien incluyó el uso de los espejos unidireccionales, la grabación de audios y revisión de estos con fines de formación e investigación.

Posteriormente la formación de los terapeutas queda a cargo de Richard Fisch y John Weakland. Liddle, Breunlin y Schwartz (1988) mencionan que regularmente se encuentran con algunos obstáculos durante la etapa de formación del terapeuta. El más común es reconocer que el aprendiz requiere un cambio de marco de referencia, ya que algunos aprendices de la terapia breve tienen formaciones de

modelos tradicionales (Psicodinámico, humanista, cognitivo-conductual), donde el problema se ve de manera lineal y la queja es una manera de defensa intra-psíquica.

Otro obstáculo que se encuentra con los aprendices del Modelo del MRI Resolución de Problemas es en el aspecto de la premisa de la “no normatividad”, se requiere tiempo para acostumbrarse a operar sobre la noción de que, si el cliente no se queja de alguna situación en particular, no hay ningún problema, al menos para el cliente.

Algunas otras dificultades es lograr que los alumnos sean más directivos, intrusivos y activos, ya que es un modelo de terapia donde se requiere obtener información muy específica, el aprendiz tiene como reto el interrumpir al cliente. Otra dificultad es el que aprendan a influir sobre el cliente, esto porque a diferencia de otros modelos terapéuticos, lo que interesa al terapeuta con formación en Resolución de Problemas es lograr hacer que el cliente haga algo diferente y así resolver su problemática y no sólo comprender el origen de su dolencia (Liddle, Breunlin y Schwartz, 1988).

Liddle, Breunlin y Schwartz (1988) mencionan que la mejor forma de integrar los conocimientos, entender y enseñar el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI es hacerlo bajo la orientación de un experto durante casos que se estén llevando a cabo en tiempo real. Durante este proceso de desaprender un modelo y aprender el modelo de terapia breve es más eficiente hacerlo con la supervisión en directo, haciendo correcciones al aprendiz, explicándolo con base en el modelo, siempre relacionando la acción con la teoría,

El objetivo deseado de la formación en el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC del MRI es proporcionar a los alumnos una comprensión de la lógica y la técnica de este Modelo Terapéutico para que puedan aplicarlo a sus propios casos clínicos. En particular se desea, que los alumnos puedan demostrar su comprensión de la información relevante, cómo aclarar esta información con los clientes en caso de ser necesario, por ejemplo, identificar al cliente en un caso, utilizar el replanteamiento como parte de la intervención, formular el problema, así como los esfuerzos de los clientes que mantienen ese problema, la formulación de tareas o intervenciones apropiadas y, finalmente, evaluar el progreso en un caso sin utilizar valores normativos (Liddle, Breunlin y Schwartz, 1988).

### **3.4 La Terapia Familiar Sistémica en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México**

Cruz (2009) comenta que la formación del terapeuta es relevante al querer desarrollar habilidades terapéuticas, dicha formación debe ser coherente, en los niveles, teórico, práctico y epistemológico. La formación del terapeuta es un proceso de co-construcción del supervisor con el aprendiz, tomando en cuenta las creencias, influencias culturales del terapeuta en formación (Garzón, 2008).

En la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza los docentes se encontraron con el Modelo Sistémico, ya que este les permitía satisfacer las diferentes necesidades de la Facultad, de acuerdo al plan de estudios, encajó perfectamente con las características de enseñanza, grupos pequeños de alumnos (no más de 15 alumnos

por grupo), condiciones y espacios de trabajo, por ejemplo el uso de Clínicas equipadas con cámaras de Gesell y equipo de grabación, además de los períodos semestrales, que, al ser un Modelo de Terapia Breve se alcanzaban los objetivos de los usuarios dentro del periodo semestral. (Vargas, Beltrán, Mandujano y Cruz, 2009). En otro sentido, la labor de las Clínicas Multidisciplinarias es formar futuros profesionistas de la salud, con las habilidades necesarias para llevar a cabo una entrevista inicial. De esta manera se comenzó a retroalimentar los planes de estudio de la FES Zaragoza con este nuevo enfoque, la terapia sistémica.

Vargas, Beltrán, Mandujano y Cruz (2009) mencionan que la carrera de Psicología en la FES Zaragoza se inicia en el año de 1976 con el objetivo de integrar en su plan de estudios los marcos teóricos y prácticos. La FES Zaragoza cuenta con 7 Clínicas en la periferia de la FES Zaragoza, lo cual permite que los docentes del área Clínica de la Carrera trabajen en colaboración con sus alumnos en escenarios clínicos reales. Estos autores mencionan que la estructura que se propone para la enseñanza de la terapia sistémica en FES Zaragoza se basa en tres planos:

- Epistemología: En este nivel se encuentran las premisas del Modelo de Terapia Breve, es decir, la manera como se explica la visión del modelo y concepción del mundo. La epistemología ofrece una explicación del modo en que nos comportamos, es decir, un sistema más amplio que rige a otro de un nivel menor.

- Curricular: Este concepto se refiere a un conjunto de aspectos que se considera para la enseñanza del modelo de terapia breve del MRI, por ejemplo, contempla el contenido teórico, la forma de pensamiento y como se llevó a cabo la construcción de los contenidos de las premisas.
- Didáctico: Se refiere al cómo se llevará a cabo la práctica de la docencia del modelo de terapia breve del MRI, en términos de organización del contenido teórico y práctico.

Si se toma en cuenta la estructura que se formó con los tres planos anteriores y se añade el objetivo que es desarrollar habilidades en distintos rubros para que el alumno sea capaz de conocer aspectos básicos de una sesión clínica, las habilidades que se enseñan son (Solís y Vargas, 2015):

- Habilidades Conceptuales: Se refiere a la teoría del modelo, los marcos que permiten entender y explicar lo que se lleva a cabo en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI. Esto se logra a través de la revisión profunda de los textos más representativos de este modelo terapéutico.
- Habilidades Perceptuales: Estas habilidades permiten percibir las diferencias auditivas y visuales del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI con otros modelos sistémicos, por ejemplo, el Modelo

Centrado en la Solución o el Modelo de Terapia Estratégica. A pesar de que los modelos hacen uso de preguntas similares el objetivo e intención de ellas es distinto.

- **Habilidades de ejecución:** Se muestra y enseña a los alumnos a ejecutar la línea de trabajo del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del MRI, esto solo ocurre en el momento en que el alumno lleva a cabo la práctica del Modelo, en entrevistas, intervenciones, escuchando las sesiones detrás del espejo e identificar la ejecución de las preguntas.

Para el desarrollo de estas tres habilidades Solís y Vargas (2015) mencionan que se llevan a cabo diferentes actividades. Por ejemplo, para desarrollar las habilidades de ejecución se hacen algunos ejercicios de herencia ericksoniana como la calibración, el espejeo o modulación de la voz. También la lectura de materiales de bibliografía de los autores principales del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI, con el objetivo de conocer el cómo se da una sesión clínica desde este enfoque, el control de lecturas de la bibliografía revisada, asistencia a talleres o conferencias de formación, transcripciones de sesiones clínicas para su análisis y la observación de sesiones en vivo detrás del espejo unidireccional o ejecutando la entrevista clínica y la supervisión de los casos clínicos que acudan a la Clínica.

Cabe aclarar que a pesar de que el plan de estudios de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza ofrece el acercamiento al Modelo Sistémico en todos los niveles antes presentados, sin embargo, no es el objetivo formar terapeutas profesionales sino, proveer al alumno de herramientas básicas para realizar una entrevista inicial.

A pesar de que el objetivo del programa del área Clínica de la Carrera de Psicología de la FES Zaragoza no es formar terapeutas profesionales, la Facultad cuenta con opciones de Servicio Social que ofrecen un escenario similar al que representa el mundo laboral en escenarios clínicos reales. Un ejemplo de estas opciones de Servicio Social es el programa que dirige la Lic. Clara Solís, llamado “Atención Psicológica Breve para el público en general”, que para el año 2015 el objetivo a alcanzar fue brindar servicio psicológico a familias mexicanas residentes del oriente de la Ciudad de México y del Estado de México con el propósito de mejorar su calidad de vida, a través del aprendizaje del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI, así como incluir elementos del Modelo de Terapia Breve Estratégica de Giorgio Nardone. Estos modelos se trabajan bajo un modelo de formación que evaluará 3 habilidades: habilidad conceptual (entender y explicar lo que hacemos), perceptuales (distinciones auditivas y visuales según el modelo) y de ejecución (preguntas, modulación de voz, estructura para obtener información). (Calderón, 2018; Gutiérrez, 2017; Carrasco 2018).

Durante la estancia de los alumnos en el Programa de Servicio Social son constantemente supervisados, directamente o indirectamente, por la Lic. Clara

Solís, con respecto a la supervisión a continuación se hace mención acerca de esta actividad como parte de la formación del Psicólogo Clínico.

### 3.5 Fundamentos de la Supervisión clínica

Desde hace más de tres décadas la supervisión clínica formó parte de la capacitación como terapeuta (Daskal, 2008), varios autores coinciden en que la supervisión es vista como una extensión en la formación del terapeuta, es un procedimiento en el cual el supervisado adquiere y afina destrezas o conocimientos de carácter más abstracto, como algunas intervenciones o el manejo de casos de mayor dificultad.

El terapeuta, al encontrarse estancado en el proceso de ayuda a su paciente, recurre a otro profesional con mayor experiencia, buscando orientación acerca de lo que está interfiriendo con su labor. Por lo tanto, cogniciones, interacciones y emociones del terapeuta deben ser analizadas, ya sea porque estimulan o bloquean a la dinámica de la psicoterapia (Ceberio y Linares, 2005). En esta consulta se puede utilizar grabaciones de audio o video, o bien, hacer una presentación oral del caso y especificar en donde se siente trabado en su labor con cada persona o familia. Sus colegas le formularán preguntas pertinentes y posiblemente harán sugerencias acerca del proceso y la ejecución del terapeuta (De Lebl, 2000),

La supervisión va más allá de solo aconsejar u ofrecer alguna directiva al colega que se encuentra estancado en algún caso clínico. Ceberio y Linares (2005)

comentan que supervisar el trabajo terapéutico con un profesional acreditado, forma parte del organigrama de trabajo clínico del terapeuta responsable y comprometido en su labor. Pero ¿Qué es la supervisión clínica? ¿Cuál es el objetivo de la supervisión? ¿Cómo llevar a cabo la supervisión clínica? ¿Qué papel juega el supervisor en la formación del terapeuta? Se inicia contestando estas preguntas para tener un panorama más claro de lo que es la supervisión clínica.

### 3.5.1 ¿Qué es la supervisión clínica?

Schmelzer (como es citado en Daskal, 2008) comenta que la supervisión es una forma de reflexión profesional, que apunta a la solución de situaciones laborales difíciles para los aprendices, su rol como profesional, la relación con los clientes y las condiciones institucionales del contexto laboral. El mismo autor también hace referencia a la supervisión como un proceso, en el cual una persona experimentada y calificada ofrece a una persona con menos experiencia en este campo posibilidades de aprendizaje a través de orientación o instrucción. Estas posibilidades de aprendizaje están dirigidas a la persona misma o a su interacción con otros, por ejemplo, clientes, miembros de un grupo o colaboradores en el área de trabajo.

Esta definición de la supervisión clínica ayuda a la comprensión de lo que es esta actividad, es decir, la supervisión clínica es la orientación y guía que ofrece un experto y diestro en el campo de la psicoterapia al terapeuta novato o al terapeuta avanzado. Entre estos dos hay diferencias en la supervisión, no es lo mismo

supervisar a un terapeuta novato que a un terapeuta avanzado, este punto se desarrolla ampliamente párrafos más adelante.

### 3.5.2 Objetivo de la supervisión clínica

Goldenberg (como es citado en De Lebl, 2000), plantea que uno de los objetivos de la supervisión clínica es aumentar las habilidades personales y bases conceptuales para lograr llevar esto a una comprensión teórica de cómo y en qué circunstancias emplear dichas habilidades, descubrir sus fortalezas y empujarlos a desarrollarlas. Por su parte, Jay Haley (1997) plasma que una de las metas de la supervisión es formar terapeutas competentes que logren hacer entrevistas hábilmente a individuos, parejas, familias y obtener la información necesaria que esclarezca el problema y así darle solución, además de saber utilizar las intervenciones ideales en cada caso.

### 3.5.3 El rol del supervisor en el área clínica

El Supervisor ideal es una persona de cierta edad, madura, entendida, experimentada en la vida y la práctica terapéutica, el supervisor debe ser sensible en vista de las dificultades que enfrentan los supervisados, también debe ser ambicioso y querer tener éxito en todos los casos que se le presenten (Haley, 1997). El supervisor dirige y guía al terapeuta novato, y al mismo tiempo lo hace consciente de sus capacidades y recursos, sin arrastrarlo a inútiles desafíos ni poner a prueba sus inevitables limitaciones (Ceberio y Linares, 2005).

Como se había comentado anteriormente no es lo mismo supervisar y guiar a un terapeuta novato que a un terapeuta avanzado, ya con ideas y un estilo propio. Frank, Rzepka y Vaitl, (como sin citados en Daskal, 2008) mencionan que el terapeuta pasa por diferentes etapas durante su formación y estas deben ser tomadas en cuenta por el supervisor para llevar a cabo una guía de acuerdo al nivel de habilidades que tiene el supervisado, las etapas que consideran estos autores son: Terapeuta principiante, intermedio y avanzado.

*Terapeuta principiante:* Es importante no ser un supervisor “estrella”, mostrando grandes habilidades delante de los aprendices, esto provoca la dependencia, la idealización y acrecienta los temores típicos de esta etapa. Los supervisores deben tener claro que, en esta etapa, los aprendices necesitan tener un modelo, una estructura y claridad respecto del camino a seguir y de las técnicas a utilizar. El supervisor debe tener en cuenta que los aprendices en esta etapa están más rígidos y por lo tanto más expuestos a generalizaciones, a aplicaciones estereotipadas de técnicas, a imitaciones burdas de las palabras del supervisor. Se requiere mucha paciencia, tolerancia a los errores del terapeuta novato y a su frustración, capacidad de acompañamiento, humildad, flexibilidad, así como poder dar información bibliográfica, a través de manuales, indicaciones concretas de intervención, etc. Institucionalmente, los supervisores de principiantes son más responsables que los de terapeutas avanzados, y en problemas éticos, deben intervenir ante las instancias que correspondan a su cargo.

*Terapeutas intermedios:* En esta etapa el énfasis está en comprender las complejidades del paciente, y en cómo los terapeutas se pueden perder en los diferentes ritmos de una sesión. Los temas predominantes por trabajar con los terapeutas intermedios son la inseguridad, el descubrir los límites de su propio accionar, las dudas respecto de su proyecto laboral. Las dificultades las pueden tener durante un caso clínico, salir de estancamientos, acudir a nuevas propuestas técnicas. Las perspectivas teóricas se van haciendo más integrativas y hay más frustración frente a los no-cambios del paciente. Los supervisores necesitan mantenerse en una posición flexible, atenta y al mismo tiempo respetuosa de los conocimientos ya adquiridos por sus supervisados, así como alentar su autonomía y sus aspectos más creativos. Pueden ser más arriesgados en sus críticas hacia ellos, así como en las sugerencias respecto de tipos y formas de intervención.

*Terapeutas avanzados:* La flexibilidad y la creatividad aumentan notablemente por parte del supervisado, por lo tanto, la supervisión no se centra en guiar intervenciones, sino en corregir los aspectos más sutiles de cada modelo. Existe mayor conocimiento teórico y mayor adherencia a una forma de comprensión e intervención. Se requiere por parte de los supervisores mucha humildad, mucho respeto a la experiencia y miradas diversas, una capacidad de establecer un diálogo con el supervisado, hacer énfasis en fortalezas y debilidades del supervisado, y las sensaciones de exigencia y responsabilidad se ven muy disminuidas por parte del supervisor.

El Modelo de formación con categorías “evolutivas” es útil, ya que hay diferentes objetivos y formas de actuar por parte del Supervisor, tanto en la formación del modelo terapéutico como de la personalidad del terapeuta, todo depende del momento por el que esté pasando el supervisado es como el supervisor realizará las sugerencias o correcciones necesarias.

Este trabajo se centra en la supervisión clínica de nivel avanzado del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI.

### **3.6 Supervisión Clínica del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del Mental Research Institute**

A diferencia de otros modelos, en la terapia sistémica se hace uso del espejo unidireccional, lo cual implica supervisión directa, por lo tanto, los supervisores pueden llegar a entrar a alguna sesión si es necesario. También se utiliza la grabación de audios y videos de las sesiones, con lo cual se lleva a cabo una supervisión indirecta (Daskal, 2008).

Como se mencionó anteriormente en el modelo de terapia familiar sistémica hay dos tipos de supervisión, supervisión directa y supervisión indirecta.

#### **3.6.1 Supervisión directa**

Ceberio y Linares (2005), plantean una etapa anterior a la sesión, la pre-sesión. Esta etapa es un momento de planificación y tranquilidad, la función principal del

supervisor es abrir vías de exploración y dar seguridad al supervisado. El supervisor debe ayudar a construir una hipótesis útil que, no excluya la existencia de otras opciones. En resumidas cuentas, hacer sencilla la complejidad y no complicar lo simple. Cuando son terapeutas en formación, el objetivo es tranquilizarlos cuando flaquean bajo el peso de la responsabilidad. Haciéndolos sentir que los respalda un equipo lleno de recursos intelectuales y profesionistas con diversa experiencia.

La siguiente etapa es la sesión, en la cual se ponen en práctica las estrategias elaboradas durante la pre-sesión. Las primeras sesiones son cruciales para la reunión de la información necesaria, donde el supervisor actúa de manera activa y hacer uso del interfon para pedir al terapeuta en supervisión que aclare o amplíe la información obtenida durante la entrevista. Liddle, Breunlin y Schwartz (1988) plasman que la supervisión directa ayuda al supervisado a moverse en la dirección deseada, a través de las llamadas que se le hacen, pausas de la sesión para elegir un mensaje, una intervención, o cuando el supervisor entra a la sesión para apoyo del alumno dentro de la sesión o en caso de que la sugerencia o el comentario a ejecutar tenga cierto nivel de complejidad, el supervisor entrará en sesión y comunicará su mensaje frente a la familia.

Ceberio y Linares (2005) comenta que, para las familias, estas intervenciones son enriquecedoras y positivas, puesto que, con independencia del contenido, comunican una impresión de que se dispone de recursos técnicos y humanos sofisticados.

La supervisión directa requiere cualidades específicas por parte del supervisor, ser muy respetuoso, saber dar indicaciones, aportes, sugerencias de manera muy clara, breve, y no autoritaria, tolerancia a los errores cometidos ante sus ojos, aceptando los estilos de conducción de otros terapeutas (Haley, 1997). En cuanto a los mensajes o intervenciones que se le dan al supervisado para transmitir a los usuarios, es importante que se replique de manera fiel el mensaje que le da su supervisor, ya que las palabras, el orden y la entonación del mensaje tienen un sentido y una razón de porqué está formulado de esa manera. (Clara Solís, comunicación personal, 2017).

Una característica de la terapia familiar sistémica es tomar tiempo para hacer una inter-sesión, ya que esta pausa permite recapitular y reorganizar la información obtenida por el terapeuta, es un tiempo didáctico en el que se pueden producir ideas, tareas o mensajes terapéuticos que puedan tener importante efecto sobre la familia o usuario del servicio. El supervisor debe estar atento a las premisas del Modelo de Terapia Breve Resolución del Problemas del BTC del MRI, puesto que es frecuente que los alumnos que posean formación en otros modelos psicoterapéuticos insistan en proceder con terapias individuales o que se resistan a entender la circularidad del sistema familiar (Ceberio y Linares, 2005).

### 3.6.2 Supervisión Indirecta

La supervisión indirecta hace referencia a los casos que se discuten con el supervisor, en un lugar y temporalidad diferente a donde se lleva a cabo la sesión clínica. Ceberio y Linares (2005) comenta que el terapeuta que desea realizar su proceso de supervisión escogiendo a un terapeuta capacitado y con mayor experiencia en el campo clínico.

Storm y Heath (como son citados en Todd y Storm, 1997) comentan que los terapeutas que acuden a supervisión indirecta, en ocasiones, no tienen la información necesaria para llevarla cabo, el problema del caso, vaguedad en la información acerca del problema, falta de objetivos claros y específicos. Del mismo modo, si el supervisado acude con información vaga o insuficiente, la labor del supervisor es hacerle ver, que información requiere para poder resolver el problema.

Ceberio y Linares (2005) ofrecen un esquema general para desarrollar una supervisión indirecta efectiva, la cual consta de cinco partes:

- 1) **Datos preliminares:** En este primer apartado se indaga la razón por la cual se decidió llevar este caso a supervisar, por ejemplo, si es porque se haya bloqueado en la evolución, o es su respuesta emocional que lo perturba, no tiene los objetivos definidos o la construcción de una hipótesis que lo guíe. También es necesario saber si se supervisa una primera entrevista o ya son varias sesiones que se han llevado a cabo, en caso de tener varias sesiones ya realizadas anteriormente, hubo alguna dificultad anteriormente o es la

primera vez que se presenta alguna dificultad, o bien, el cliente presentó un nuevo motivo de consulta y esto llevó a la confusión. Además, se pregunta al supervisor, quien solicitó la consulta y cómo se desarrolló el primer contacto telefónico.

- 2) **Indagación acerca del sistema del usuario:** Se explora cuál fue el motivo de consulta explícito, si fueron presentados varios problemas o uno concreto, si estaba difuso o confuso, si el problema se basa en abstracciones, sensaciones o estados de ánimo, si los integrantes estuvieron de acuerdo en cuál era el problema o cada uno percibe un problema diferente. También se evaluará la postura del usuario ante la terapia, si la persona asistió a terapia por coacción del contexto o si fue por iniciativa personal.

Partiendo del motivo de consulta, se explora la arquitectura del sistema familiar y los miembros participantes del circuito creado por el problema. Se indagará acerca del tipo problema, si es una conducta sintomática, (adicciones a drogas, alcohol, trastornos alimentarios, de pánico, fóbicos, psicóticos, depresivos), o algún conflicto personal. Se determina quién es el paciente identificado, qué conductas se desarrollan en torno al problema, cuáles son las personas afectadas e involucradas en el problema, cuándo y desde cuándo se ha instaurado el problema en el sistema, en qué contexto por lo general aparece.

- 3) **Exploración del sistema terapéutico:** Se analizan las dificultades del terapeuta, distinguiendo niveles lógicos, es decir, la dificultad se halla en relación al tema tratado en sesión o al tipo de interacción de la familia. Si aparecieron obstáculos en el proceso terapéutico, de qué tipo, si estos obstáculos se refieren a emociones (angustias, ansiedades, tristeza, euforia, sentimientos de desvalorización, creencia de ineptitud); a ideas que se conectan con la impotencia y el fracaso; a acciones, es decir, si las emociones o las ideas perturbadoras se tradujeron en acciones ineficaces.

Con respecto a las maniobras terapéuticas, deberán explorarse las soluciones intentadas fracasadas del terapeuta para ayudar a resolver el problema de su paciente, como también su propio problema de tratar de ayudar a resolver el problema de su paciente.

- 4) **Planificación del trabajo terapéutico:** Se observan las posibilidades de concretar un plan de acción a partir de la indagación sobre las dificultades del terapeuta. Se deben plantear claramente los objetivos a desarrollar, una vez trazados los objetivos, es necesario acordar las metas mínimas en pro de avanzar de manera clara y con logros tangibles. Asimismo, se organizará la terapia planificando la cantidad estimada de sesiones que serán necesarias para acercarse a los logros parciales y finales. De la misma manera, la frecuencia de sesiones, si son semanales, quincenales o mensuales. Si es necesario anexar más de una sesión semanal dentro de

ese espacio o se invita a algunos integrantes del sistema, así como sugerir terapia familiar o la asistencia individual de algunos de los miembros, etc.

5) **Intervenciones y prescripciones:** Por último, el supervisor dotará al supervisado de las técnicas más utilizadas del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC del MRI y así aplicarlas adecuándolas en cada caso clínico que se le presente, por ejemplo, redefiniciones que ayuden a reformular tanto la perspectiva del paciente como las del profesional, usar preguntas que amplíen el campo de comprensión del caso, preguntas circulares que se tendrán que utilizar durante las sesiones, además, cuestionamientos que le posibiliten al profesional construir nuevas hipótesis o simplemente reflexiones innovadoras. La construcción de una o varias metáforas del caso, permiten su introducción en diversos momentos de las sesiones. Podrá pautar algunas prescripciones de comportamiento, para accionar de manera directa sobre la problemática del cliente. El supervisor explicará al estudiante, claramente y a modo de ejemplo, la lógica de su aplicación de cada una de estas intervenciones.

Ya sea en supervisión directa o indirecta, constantemente se relaciona la técnica con las premisas teóricas del modelo. Siempre que sea posible, una directiva para el alumno se explica siempre sobre la base teórica del modelo, también si se hace alguna corrección de la intervención o desempeño de un aprendiz será basada en la teoría del modelo.

Una supervisión en vivo, es decir, directa, tiene mayor impacto en el supervisado ya que no se habla “sobre el caso” sino se habla sobre lo que está pasando en tiempo real dentro de la sesión. Frankel (1990) comenta que para los supervisados les es más útil la supervisión directa, a través de llamadas telefónicas, ya que pueden detectar con mayor puntualidad la dirección que la terapia debe tener.

Por estas razones es que la supervisión clínica es fundamental en cualquier proceso de formación terapéutico, la terapia es una construcción constante y no sólo de cuestiones prácticas y teóricas sino la dirección del terapeuta experto que a su vez brinda también una visión distinta que enriquece la formación de los terapeutas que supervisa.

### **3.7 Supervisión Clínica Avanzada del Modelo de Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del Mental Research Institute en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM**

La supervisión que se realiza en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad pública ubicada al oriente de la CDMX, del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI es a través de las dos modalidades ofrecidas por Liddle, Breunlin y Schwartz (1988), supervisión directa y supervisión indirecta.

La supervisión directa se hace mediante la observación de los casos clínicos que acuden a la Clínica Universitaria a solicitar el servicio de psicología clínica, los usuarios son atendidos por los pasantes de la Carrera de Psicología que pertenecen

a un programa de servicio social que opera en la Clínica Universitaria, detrás del espejo unidireccional se encuentra el equipo de aprendices junto con el supervisor a cargo de la sesión clínica y responsable del proceso de formación del equipo terapéutico. Durante la ejecución de la entrevista, tanto aprendices como supervisor están atentos a la manera en cómo se dirige la sesión.

En caso de que sea necesario se realizan llamadas a través del intercomunicador, con la finalidad de que se aclare o se amplíe información que podría ser útil. También a través de las llamadas se puede pedir a los terapeutas novatos que hagan una pequeña pausa en la entrevista y acuda con el equipo restante. El supervisor encargado, ofrece una retroalimentación del caso o el equipo da alguna sugerencia con respecto a la problemática presentada por los usuarios de la Clínica.

La supervisión indirecta se da en un solo momento, la FES- Zaragoza ofrece diversos programas de servicio social, uno de ellos es el programa titulado “Atención Psicológica Breve para el público en General” que además de ofrecer un escenario clínico real para la práctica de la psicoterapia, brinda a los psicólogos en formación la oportunidad de recibir supervisión clínica profesional de tipo directa e indirecta.

La supervisión indirecta se da cuando el psicólogo en turno ya sea solo o acompañado, brinda una consulta de acuerdo a los programas de formación previamente descritos, la estructura de la sesión clínica del servicio social se apega

al Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI, por lo tanto, hay una pre-sesión, una sesión, una pausa y un cierre de sesión.

Esta forma de supervisar se da cuando los aprendices toman casos solos o en coterapia, es decir, entra un terapeuta y un coterapeuta. Se hace una pausa antes de finalizar la sesión y se hace una retroalimentación con la supervisora del programa de Servicio Social, donde el terapeuta o los terapeutas plantean la información obtenida del caso, de esta manera la supervisora ofrece una orientación sobre qué información sería útil ampliar o aclarar, también puede ofrecer sugerencias en cómo resolver el problema del usuario del servicio de psicología.

El realizar la transcripción de la sesión clínica también es una forma de supervisión indirecta, que tiene como objetivo que la supervisora pueda leer la sesión y hacer observaciones o sugerencias en cuanto a la ejecución del modelo y el desempeño del terapeuta, así se cubren dos objetivos: realizar la supervisión clínica y llevar a cabo la planeación del caso para sesiones subsecuentes. Un escenario más de la supervisión clínica indirecta es cuando se hacen reuniones grupales para comentar los casos y resolver la dudas teóricas y técnicas del modelo.

Con las actividades previamente descritas se cubren los aspectos básicos de la supervisión clínica del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI en una de las clínicas universitarias de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza que ofrece servicios de salud al público abierto. El alcance de este

proceso de formación corresponde a los niveles básicos e intermedios de la supervisión clínica.

Llegar al nivel avanzado depende de que tanto el pasante quiere prolongar su estancia en el programa, que mientras se encuentre en proceso de titulación no tiene límite de permanencia para los participantes.

## Capítulo 4. Metodología

### Justificación

Solís y Vargas (2015) escriben que la formación en terapia sistémica se conforma de varias etapas, es decir, es un proceso de formación profesional especializado donde se van adquiriendo, desarrollando y ejecutando habilidades de diferente nivel de abstracción (conceptuales, perceptuales y de ejecución).

Se le concede valor académico y profesional a la oportunidad de observar a un experto en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI trabajar, o tener a un experto dirigiendo la formación del joven aprendiz, es importante detenerse a analizar el proceso de supervisión clínica como parte de la formación de un terapeuta en el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC del MRI y si además se toma en cuenta que en el campo profesional los aspectos legales en cuanto a la regulación de la práctica de la psicología clínica han avanzado paulatinamente el tema de la supervisión clínica se vuelve un tema de interés.

La descripción del proceso de supervisión clínica que se hace en la presente investigación es utilizando el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI, como criterio de inclusión es que dicho programa de Servicio social tiene contacto directo con la directora del Centro de Terapia Breve del MRI, Karin Schlanger. Karin estudió con los fundadores del modelo y del centro de Terapia Breve, Richard Fisch, Paul Watzlawick y John Weakland y posteriormente se convirtió en la colaboradora más cercana de los tres y es la heredera directa del

conocimiento generado por el equipo del Brief Therapy Center y en palabras de Marcelo Ceberio es “la última de la brevistas” (Clara Solís, comunicación personal, 2017) De esta manera se convirtió la heredera intelectual del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problema del BTC del MRI.

Luego de 30 años de colaborar con ellos y por ser la persona con más experiencia en el campo de la terapia breve, se considera que la maestra, se considera que la Maestra Karin Schlanger es la persona ideal para transmitir la correcta ejecución del modelo en los diferentes niveles de acción en el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC del MRI en sus diferentes niveles de acción.

El caso clínico elegido para demostrar cómo se lleva a cabo el proceso de formación y supervisión clínica del Modelo de Resolución de Problemas del BTC del MRI se refiere a una familia monoparental formada por madre e hija. Se considera que a través de este caso clínico se puede ilustrar y aprender a ejecutar cada uno de los pasos el esquema técnico del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI, además que muestra cómo se aprende a pensar de manera sistémica e interaccionalmente.

En términos clínicos la terapeuta del caso menciona que para ella el trabajo con estos clientes se volvió un desafío profesional porque la demanda de la madre (subir la autoestima de la hija) era totalmente legítima, pero parecía muy complicado llevarla a acciones. ¿Cómo se puede fortalecer la autoestima de una niña, que por su condición médica, está expuesta de manera cotidiana a las miradas incómodas, comentarios inoportunos o preguntas impertinentes de su entorno? ¿Desde el Modelo de Terapia Breve Resolución de problemas del BTC del MRI cómo se logra

hacer este trabajo? Así que se decide presentar el caso en supervisión con Karin Schlanger.

### **Planteamiento del problema**

¿Cuáles son las ventajas de someterse a supervisión clínica profesional como parte de la formación del terapeuta breve en el Modelo de Resolución de Problemas del *Brief Therapy Center* del *Mental Research Institute*?

### **Objetivo General**

- Describir cómo se lleva a cabo la supervisión clínica durante el proceso de formación del terapeuta breve en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del *Brief Therapy Center* del *Mental Research Institute*.

### **Objetivos Particulares**

- Identificar las habilidades del terapeuta sistémico en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del *Brief Therapy Center* del *Mental Research Institute* que se adquieren y se ven favorecidas al someterse a la supervisión clínica.
- Identificar cómo el proceso de supervisión clínica facilita la apropiación del pensamiento sistémico para el abordaje de casos clínicos y las interacciones humanas.

## **Método**

### **Participantes**

Terapeuta, equipo terapéutico, supervisora y familia consultante.

La participante de este estudio es la Lic. Clara Haydee Solís Ponce, Profesora de Universitaria y coordinadora del servicio social de una Clínica Universitaria.

El equipo terapéutico estuvo conformado por 6 pasantes que realizaban su servicio social en el equipo coordinado por la terapeuta en ese momento. Cada uno de ellos desempeñaba un rol distinto (co-terapeuta, toma de datos, coordinador de tareas, relator, parte creativa).

La supervisora del caso fue la Maestra Karin Schlanger, actual directora del *Brief Therapy Center* del *Mental Research Institute*.

La familia consultante es una familia monoparental, compuesta por madre e hija.

### **Escenario clínico**

El desarrollo del caso clínico se llevó a cabo en la cámara de observación (habilitada con equipo de videograbación) del Anexo de la Clínica Universitaria de una Universidad Pública de la Ciudad de México.

### **Formato de Trabajo de la Terapia Breve**

Duración: de 40 a 60 minutos por sesión.

Frecuencia: Semanal o quincenal, de acuerdo con las especificaciones del caso

Forma de Trabajo: Las sesiones clínicas son grabadas en video y observadas en vivo por el equipo terapéutico a través del espejo unidireccional.

### **Diseño y tipo de Estudio**

El tipo de Diseño de esta investigación es un Estudio de Caso con Metodología Naturalista. Este tipo de metodología de investigación consiste en describir algún hecho de la manera más apegada a lo que sucede en ese preciso momento (Castellanos, 2014).

### **Procedimiento**

La supervisión del Caso Clínico se realizó en 5 momentos:

- 1) Se llevan a cabo las Entrevistas Clínicas.
- 2) Se elige el caso a supervisar, se transcribe la sesión y se organiza la información a presentar a la supervisora de acuerdo al Esquema Técnico (Definición del Problema, Investigación de Intentos de Solución, Definición de Objetivos, Definición de la Postura del Paciente y Diseño de Intervenciones).
- 3) Se contacta a la supervisora por videoconferencia y se presenta el caso con la información sobre el problema, la supervisora al escuchar la información reunida hasta el momento pregunta aspectos faltantes o confusos para lograr la definición del problema y corregir la ejecución del esquema técnico, el supervisado responde las preguntas realizadas por la supervisora y en dado caso de no tener la información se planean los pasos a seguir en sesiones subsecuentes.

4) Se transcribe la sesión de supervisión clínica, se toma nota textual de las indicaciones de la supervisora y se diseña la planeación del caso.

5) Se lleva a cabo la sesión clínica subsiguiente y se pone en marcha la planeación, lo que más se cuida aquí es utilizar las palabras exactas que el supervisor indicó. Y tomar nota de cómo responde el cliente a esas maniobras.

### **Unidades de análisis**

- Las videograbaciones de las sesiones clínicas.
- Las Transcripciones de las sesiones clínicas.
- Las Transcripciones de las sesiones de supervisión.

### **Ejes de análisis**

Las transcripciones de las sesiones clínicas son analizadas en tres niveles:

- La ejecución del esquema técnico del Modelo de Resolución de Problemas del BTC del MRI.
- La aplicación de las premisas del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC del MRI en las entrevistas clínicas.
- La corrección de la ejecución del terapeuta en función del esquema técnico.

A continuación, se muestra el desarrollo del caso clínico, que fue atendido dentro de un programa de servicio social con sede en una Clínica Universitaria. Las sesiones de supervisión clínica se llevaron a cabo entre una sesión clínica y otra, a través de videoconferencia entre la Ciudad de México, México y Palo Alto, California, E.U.A.

## Capítulo 5. Presentación de un Caso Clínico

**Terapeuta:** Clara Haydee Solís Ponce

**Supervisora:** Karin Schlanger

**Familia Consultante:** Fabiola (mamá) y Nancy (hija)

### **Escenario clínico**

El caso fue atendido en una Clínica Universitaria dentro de un programa de Servicio Social a cargo de la Profesora Clara Haydee Solís Ponce. La familia fue recibida en el año 2014. La atención clínica se llevó a cabo en la cámara de observación que se encuentra equipada con un equipo fijo de grabación de audio y video y un espejo unidireccional que permite la observación en la sesión por el equipo terapéutico. La atención a pacientes se organiza en equipos terapéuticos con cinco roles a ejecutar:

- Terapeuta
- Co-terapeuta
- Tomador de datos
- Coordinador de tareas
- Relator
- Parte creativa

En virtud de los aspectos confidenciales se omitieron los nombres originales y los elementos esenciales que faciliten la identificación de la familia consultante.

### **Resumen del caso**

Fabiola de 35 años, trabaja como secretaria de un despacho. Nancy, su hija de 8 años nació con múltiples malformaciones físicas incluyendo la falta total de la extremidad inferior derecha, por lo cual se ve obligada a utilizar una prótesis que le facilite el desplazamiento en su vida cotidiana. Con respecto a la estructura familiar, Fabiola y Nancy integran una familia monoparental que convive de manera diaria con los abuelos maternos y con dos hermanos de Fabiola que a su vez han conformado sus respectivas familias. El tratamiento constó de 7 sesiones clínicas y 3 sesiones de supervisión.

## **Primera Sesión Clínica**

La primera sesión se realizó en febrero del 2014. En este primer contacto predominó la participación de Fabiola por encima de la de Nancy.

### **Problema**

#### **Puntuación de Fabiola**

En el momento que la terapeuta le pregunta a Fabiola ¿Cuál es el problema que te trae hoy aquí? La respuesta a nivel digital fue: “Bueno, ya lo comentaba, es una niña especial y es lo que me motiva a estar aquí a mí me gustaría que ella tuviera sólida su autoestima, su carácter. Porque precisamente en la escuela se dan comentarios, que han sido desde kínder, cosas que pues.... No me dice que la molestan o algo, pero sé que le van a ir afectando emocionalmente”.

Y a nivel analógico respondió que: En el momento en el que Fabiola comienza a describir el problema, voltea a ver a Nancy y la señala con la mirada, pareciendo indicar que la paciente es su hija.

### **Intentos de Solución**

#### **Fabiola**

En cuanto a la queja que se estableció con Fabiola lo que más le preocupaba eran los comentarios malintencionados que los compañeros pudieran hacer y que estos impactaran en el nivel de autoestima de su hija, algunos de los intentos de Solución por parte de Fabiola para ayudarle a hacer frente a esta situación a su hija en la escuela fueron:

- Decirle a Nancy “no les hagas caso a los niños que te molestan” y “si ignorarlos no funciona, entonces acúsalos con la maestra”.

## **Postura**

La definición de “postura del paciente” que aparece en Fisch, Weakland y Segal (2010), describe diferentes posturas que adoptan las personas cuando acuden a consultar al terapeuta, postura hacia el problema, hacia la terapia y hacia el terapeuta. Tomando en cuenta estas definiciones de postura, las distintas posturas de Fabiola pueden describirse de la siguiente manera:

**Postura ante el problema:** Fabiola muestra una postura ante el problema de queja, ya que en el momento en que se le pregunta ¿cuál es el problema? comenta lo siguiente: “Bueno, **ya lo comentaba, es una niña especial** y es lo que me motiva a estar aquí, a mí me gustaría que ella tuviera sólida su autoestima, su carácter. Porque precisamente **en la escuela se dan comentarios**, que han sido desde kínder, cosas que pues.... No me dice que la molestan o algo, pero **sé que le van a ir afectando emocionalmente.**” Según las palabras que usa la cliente, parece que define a su hija como la paciente y enfatiza que quien requiere la ayuda es su hija Nancy y no ella.

**Postura ante la terapia:** En un primer momento la postura de Fabiola ante la terapia es lo que define Fisch, Weakland y Segal (2010) como receptores pasivos de la sabiduría del terapeuta, esto por lo que comenta Fabiola: “Yo llegué con una idea de que aquí le iban inyectar a Nancy la autoestima que le hace falta” o “Lo que

quiero que se trabaje es en su autoestima, fortalecer su autoestima y trabajar con ella, bueno lo he venido haciendo yo pero no es lo mismo una ayuda profesional". En un segundo momento y en la sexta sesión la postura ante la terapia de Fabiola cambia y adopta una postura definida por los autores antes mencionados como "responsable recíproca", es decir, busca ayuda a través de un trabajo en equipo de cliente y el terapeuta. Un ejemplo de esto es cuando comenta durante la sexta sesión que: "ahora que han estado trabajando me ha quedado claro que soy yo quien debe reforzar la autoestima de Nancy, que no es como llevarla a terapia y le den una capsula de autoestima, sino que tengo que fortalecerla día a día".

**Postura ante el terapeuta:** Al igual que la postura en la terapia, Fabiola muestra al inicio del tratamiento una postura por coacción decide acudir al servicio por sugerencia de un tercero. Durante las sesiones subsecuentes Fabiola cambia de postura y se vuelve cliente, ya que está motivada para hacer conductas diferentes que decanten al cambio.

### **Objetivo y Cambio mínimo**

**Objetivo de Fabiola:** Fabiola comentó que le gustaría que le ayudaran a fortalecer la autoestima de Nancy

### **Intervenciones**

#### **Maniobras**

**Validación:** Se validó a Fabiola por haber hecho un buen trabajo en cuanto a la educación de Nancy, ya que Nancy es una niña que se puede definir como

respetuosa, educada, inteligente, con modales y un vocabulario amplio y fluido. Nancy es un reflejo de su esfuerzo como mamá.

### **Directiva**

**Tarea Directa para Fabiola:** Se sugiere comenzar a implementar el esquema básico para niños y adolescentes que consiste en involucrar a los chicos en la vida familiar a través de realizar una actividad con beneficio propio, una actividad con beneficio familiar y resolver un problema diario, de acuerdo a su edad y capacidades (Giorgio Nardone, comunicación personal, 2008). Con esto lo que se busca es consolidar los procesos de autoestima, confianza, tolerancia a la frustración, seguridad y sentido de pertenencia.

### **Primera sesión de Supervisión**

Después de realizar la primera entrevista, se le presenta la información organizada a Karin Schlanger, supervisora experta en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI. El objetivo de la supervisión es obtener retroalimentación sobre el desempeño técnico y profesional sobre el manejo del caso y sugerencias para llevar a cabo las sesiones con estricto apego al Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI.

A continuación, se presenta la transcripción de la supervisión con Karin Schlanger y se comenta, en el costado derecho, las sugerencias y correcciones por parte de la Supervisora.

T: Fabiola que es una señora de 37 años y tiene una hija que es Nancy de 8 años, es madre soltera, el problema aquí es que Nancy tiene múltiples malformaciones físicas, en la parte cognitiva esta entera y además la niña es un dulce, muy inteligente, muy linda la niña entonces la mamá me dice bueno ustedes ya lo notaron mi niña es una niña especial.

**S: a ver escucha antes de seguir más ¿por qué la nena está en la sesión?**

T: porque la mamá quiere que pase.

**S: pero esa decisión es tuya, primero tienes que hablar con los padres, después puedes hacerla pasar si quieres, pero primero la que tiene que estar en control de la situación es vos. Si, usted la conoce mejor que yo, pero primero me gustaría hablar con usted y luego la hacemos pasar a ella, eso es otro modelo.**

T: entonces me dice que quiere que trabajemos con la niña que tenga una sólida autoestima y que tenga un carácter sólido porque en la escuela se han venido dando comentarios desde el kínder ella dice que no le molesta, pero yo sé que eso va a terminar por lastimarla y yo lo que pienso es que ahorita está en tercero de primaria, pero luego viene la secundaria va a crecer y se va a dar cuenta que su aspecto no es como el de todas las niñas.

**S: como si no se hubiera dado cuenta ya.**

**Comentado [S1]:** •La primera observación que hace la Supervisora es sobre Nancy que presencia la primera sesión. En esta observación se hará referencia a lo que describe Fisch, Weakland y Segal (2010), la mayoría de las sesiones terapéuticas se realizan con una o dos personas seleccionadas de manera estratégica y no con toda la familia, además de que se trabaja con la persona que está más interesada en el servicio, es decir, el cliente. El comentario de la Supervisora ayuda a hacer una corrección en cuanto a las habilidades de ejecución, en este caso a usar la capacidad de maniobra. Usualmente ocurre a terapeutas novatos al sentirse presionados por la insistencia de los padres por ver a los hijos.

T: entonces lo que quiero es que trabajemos con ella, yo he estado trabajando con ella y además va al médico, la ve todo un equipo de profesionales (genetista, cardiólogo, ortopedista) y la duda que tengo.

**S: y la niña ¿qué hace mientras va escuchando todo esto?**

T: bueno ella dice que cuando alguien le dice algo si se siente mal y le dice a la maestra lo que está pasando.

**S: lo cual hace que tenga más enemigos.**

T: ¿y qué haces? Le digo a mi mamá. ¿Pero en el momento justo? Ah no le digo a la maestra.

**S: el problema, además, con esta nena es que es hija única entonces hay varios problemas que se suman los unos a los otros entonces ella lo que está haciendo, primero que no sabes, ¿le preguntaste con qué frecuencia pasa eso?**

T: no, así tal cual, no.

**S: porque lo que yo quiero saber Clara es ¿por qué ahora? ¿Por qué no vinieron hace un año o porque no vienen en un año? ¿Qué pasó? ¿Qué está ocurriendo ahora que pidieron ayuda? Eso es lo primero que me pregunto.**

T: si lo tengo dice que ... “pienso que ahorita la relación con sus compañeros es llevadera, pero creo que vienen cosas difíciles y por eso quiero, vienen cosas sobre su vanidad y que se va a dar cuenta que hay cosas que no puede hacer entonces siento que es el momento necesario”

**S:** y cuando la nena escucha todo ¿Qué está haciendo?

T: ella está muy tranquila y bien portada y yo le preguntaba a la mamá si era la primera vez que la nena escuchaba eso o ya lo sabía y me dice ella sabe todo esto.

**S:** es muy de hijo único también que la señora use a la niña de confidente, hablamos todo sabemos todo y la señora no tiene ningún límite sobre que corresponde y que no corresponde que la nena sepa y por ahí otra vez se me hace interesante que no esté la nena para que la señora aprenda límites, mira que la sensación que tengo yo es que esta señora está usando a esta nena, le está tirando una gran cantidad de basura que no le corresponde, una señora que tiene una nena con múltiples malformaciones físicas lo que hacen es proteger a la nena y esta señora está haciendo lo contrario, es muy fuerte lo que estas contando la sensación que me llega a mí es que está hablando, no sé si tiene un tono feo y no es por la forma en como lo estas contando pero hay algo que no está bien en esa relación, un poco como que la señora está pensando: “mira lo que me tocó” y tenemos que manejarlo, no lo sé hay una cuestión fea ahí y es a nivel de piel con lo cual estarías mejor servida si haces sesiones sola donde la nena no está.

T: llevo una sesión apenas, la otra cosa es que me inquieto mucho es que, cancelé la segunda cita y la cité en 15 días más me dijo si esta tan preocupada porque faltar...

**S:** es que no lo está; ella viene a echarle más “bosta” a la nena y lo que me preocupa acá es la nena porque entonces de última cuando la mamá habla así

**Comentado [S2]:** •Esta pregunta hace referencia a lo que Watzlawick establece en los axiomas de la comunicación: la imposibilidad de no comunicar, es decir, que no sólo los mensajes que intercambian verbalmente, sino también los mensajes posturales, silencios o gestos. Al ser un modelo basado en la interacción este tipo de información es útil ya que podemos acercarnos a lo que una persona podría pensar o sentir acerca de algún comentario o conducta.

**Comentado [S3]:** •La supervisora comenta a la terapeuta que Fabiola no tiene límites en cuanto que decir y que no decir a Nancy, la toma como confidente, pero lo único que hace es echarle basura a Nancy por su condición física. Esta observación ayuda al terapeuta a tener una visión más amplia de lo que sucede en las interacciones familiares, es una manera de afinar las habilidades de ejecución del modelo.

**Comentado [S4]:** La supervisora ofrece una perspectiva más amplia de la familia, de cómo está funcionando y que las interacciones no son de lo más funcionales ya que, Fabiola, en lugar de proteger a su hija pareciera que se está quejando de ella y de lo mal que la está pasando por tener una hija con esa condición física.

delante de ella, se está quejando de lo que viene en su futuro por lo tanto lo voy a hacer yo ahora hay una forma muy violenta en lo que estas presentado de cómo esta señora habló de su hija es bastante violento, mira lo que me tocó, mira que esta nena esta toda mal formada es muy feo es muy violento, entonces esta señora si tuviera un poco de compasión sería la primera en defender a esta nena y no echarle más porquería delante de gente que no la conoce, hay un espejo, hay un equipo, es una situación desagradable y la señora viene y le dice unas cosas peores de las que le dicen en la escuela a esta nena ¿No viste ninguna de estas cosas?

T: no y ahora que me dices estoy pensando mucho, yo más bien pensaba que la demanda de la señora era legitima porque se preocupa por el acoso que puede recibir la niña y eso es algo que pasa entonces...

S: no, no, no estoy diciendo que no le va a tocar, pero entonces la señora por prevenirlo lo hace ella primero y se supone que ella debe de defender a la nena con lo cual no puede hacerlo, sobre todo en público, si te pones a pensar con atención en la forma en como la trae a ustedes, son unos desconocidos, hay un equipo la nena sabe que la están viendo, es una locura lo que acabas de contarme, como mamá no lo entiendo no la está protegiendo, no estoy diciendo que la queja de la mamá no es legítima pero la forma en como lo presenta es muy tosca.

T: si esta madre protegiera a esta niña ¿cómo sería un ejemplo que la está protegiendo pese a su problema?

**Comentado [S5]:** •La acotación siguiente es sobre el hecho de que Fabiola no está protegiendo a Nancy, como se esperaría, sino se está quejando de ella (miren lo que me tocó). La supervisora comenta que esto es una conducta muy violenta. La terapeuta no percibe la agresión en la interacción, esto hace referencia a que, en cuanto a habilidades ejecutivas, hay perspectivas diferentes de un mismo evento.

**Comentado [JRCH6]:** En este comentario de la supervisora, se logra apreciar el circuito problema-Intentos de solución. El problema es que no quiere que molesten a su hija y lo que hace para resolverlo es tratarla como una niña "normal", sin tener consideraciones por ser una niña especial. Y en el afán de cuidarla y fortalecerla, la descuida y exhibe.

**S: podría presentar la misma cosa pero pidiéndole a la nena que hable por si misma qué es lo que te pasa en la escuela, te acuerdas lo que pasó son Susanita, qué hiciste, una cosa donde igual sale la historia, donde ustedes se dan cuenta que hay una malformación pero donde no necesita decir mirad esta toda torcida esta nena, es muy feo eso y para la nena tener que escuchar que la mamá le cuenta a gente que no conoce, mirad que esta toda torcida no le da a ella ninguna sensación de que puede luchar contra el mundo con su madre, al contrario la señora va a ser la primera en tirarla bajo un camión, no hay esa sensación de te voy a proteger del mundo que esta nena va a necesitar mucho,**

T: ahora pienso que tal vez pasó con esta señora lo que hizo que no volviera fue que le dije que ya había empezado a hacer el trabajo yo le pregunté si la niña tenía participación en las tareas de la casa y me dijo que sí que le ayuda a hacer el quehacer en lo que puede y levanta cosas y la niña es responsable de preparar la mochila y el uniforme le dije que eso estaba bien y le tiré un buen complement, según yo, “haz hecho un buen trabajo tu hija es muy linda muy educada muy inteligente, las cosas están bien y de hecho ya has empezado la terapia por el momento solo puedo sugerir que te agregues un reto diario, es decir una situación que ella tenga que resolver” y me dijo “ya lo habíamos hablado y ya lo empezamos hacer”.

**S: ¿por ejemplo qué?**

T: yo sugerí esconderle la lapicera o quitarle las agujetas a los tenis.

**S: ¿para lograr qué?**

T: bueno, yo sugiero eso para ver que habilidades tienen los niños, en términos de resolución de problemas, hay niños hábiles y hay niños que se frustran y pienso que es un parámetro para enseñarles a los niños como resolver cosas.

**S: ok ok.**

T: y bueno así cerré la sesión diciendo que había hecho un buen trabajo y que todo estaba bien.

**S: yo te sugeriría que ... ¿cómo te comunicas con ella?**

T: por teléfono, tengo su número.

**S: yo te sugeriría, para asegurarte de que alguien venga la siguiente sesión, es que llames y digas que quieres hacer una hora con la nena solamente, porque a mí me parece que a esta nena no la escucha nadie y me parece que el problema está ahí yo haría una sesión con la nena y le preguntaría a ver tienes una vida buena pero también una vida con desafíos que otros chicos no tienen ¿cuánto te hace sentir tu mamá que te está apoyando y qué más necesitas de ella? Porque yo te apuesto que si la piensa un poquito se va a dar cuenta que esta mamá no la cuida.**

T: o sea, que la mamá al exhibir lo que es evidente solo muestra que no la está cuidando, al contrario, la agrade al señalar lo que todos vemos.

**S: de la misma manera, otra mamá hubiera dicho tengo una nena muy linda, juntas vamos a enfrentar lo que viene, es muy inteligente hubiera presentado**

**Comentado [S7]:**

La directiva para las siguientes sesiones es:

- Entrevistar a la niña a solas.
- La frecuencia con la que recibe comentarios descalificadores
- Indagar como es la relación madre e hija en términos afectivos

una cosa muy diferente con la misma situación con un discurso con el que la niña se siente apoyada con ese discurso esa nena se sintió que está sola en el mundo a lo mejor me equivoco totalmente Clara, pero por si las dudas me gustaría checarlo con la nena.

**Comentado [S8]:**

- Investigar cómo hace frente a situaciones desagradables

T: entonces, la siguiente vez me aseguro de ver a la nena y le dedico la sesión a ella.

S: porque además la señora seguramente te la trajo como la lleva al equipo médico a dejártela, entonces me parece que tendrás más credibilidad si le dices que la siguiente vez solo vas a trabajar con la hija y después fíjate a donde va, luego de eso para que aumentes el chance de que te la traiga, porque si no va a volver y esta niña necesita a alguien que la apoye un poquito.

**Comentado [S9]:**

- Indagar información sobre su relación con otros médicos

T: si le dedico la sesión a la nena y si ella (la mamá) me pregunta algo sobre qué hacer en tanto con la hija, ¿qué le digo?

**Comentado [JRCH10]:** Ver a solas a Nancy es parte de las maniobras que se realizan en el Modelo de Terapia de Resolución de Problemas del BTC del MRI. Es un movimiento estratégico para ganar credibilidad ante nuestra cliente y posteriormente utilizarlo para realizar alguna otra maniobra o prescripción.

S: yo no le diría nada porque esta señora sabe lo que tiene que hacer si algo va a cambiar va a ser la cuestión de que se haga menos dura y tienes que ver como se lo vas a plantear porque eso es algo que ella no se ha planteado, con lo cual la estas convirtiendo en cliente para una cosa distinta a la que ella vino; la sensación ahora un poco es que vino a miren lo que me tocó apiádense de mí y díganme que estoy haciendo las cosas bien esa es la sensación que yo tengo y desgraciadamente el hecho de que no haya vuelto a la cita siguiente confirma que hay algo que no obtuvo de la sesión. O tal vez no pasó el camión, o se le rompió el carro no lo sabemos. Pero si creo que aquí más bien hay que

**Comentado [S11]:** Reformulación de la queja presentada por la usuaria, este es una sugerencia de estrategia para hacer a Fabiola cliente de la terapia, de otro modo solo parece que lleva a Nancy a terapia. Con la reformulación de la queja nos apegamos a la premisa de "cada caso es u mejor explicación"

**hacer trabajo de apoyo con esta nena, preguntale si hay algún médico que en particular le gusta, porque esta nena segura tiene toneladas de experiencia en los hospitales, cómo es distinto que venga con vos a ir con los médicos, todo eso, escúchalo, si ella tiene miedo, porque una de las cosas a medida que ella sea más grande debería de tener la opción de elegir lo que ella quiere en lugar de que la madre la lleve y la ponga como si fuera un objeto.**

## Segunda Sesión Clínica

### Planificación del caso

De acuerdo con la información obtenida durante la supervisión se realiza la planeación de la siguiente sesión teniendo en cuenta que una de las maniobras es realizar una entrevista individual con Nancy para revisar los puntos que se mencionan a continuación:

- La frecuencia con la que recibe comentarios descalificadores y qué hace al respecto.
- Se preguntará ¿cuál de sus médicos le gusta más y cual menos y por qué?
- Indagar como es la relación madre e hija en términos afectivos, qué tanto la abraza y le demuestra afecto.
- Como hace frente a situaciones desagradables, si le ha funcionado o no, que alternativas tiene.
- ¿Cuánto te hace sentir tu mamá que te está apoyando y qué más necesitas de ella?

Con Fabiola, el coterapeuta hará una entrevista simultanea para obtener la siguiente información:

- Reformulación de la queja presentada por Fabiola, en este caso es mover de postura a la mamá de Nancy para volverla cliente, ya que la supervisora comenta que ella viene en una posición de mamá delegante a que su hija vaya a terapia, cuando en el Modelo de Terapia Breve Resolución de

**Comentado [JRCH12]:** La supervisora sugiere un par de preguntas para definir la postura de Nancy hacia su mamá y lo que Nancy necesita de ella. Es importante realizar las preguntas de la misma manera que la da la supervisora, ya que ese orden de palabras tiene un sentido al momento de preguntar.

Problemas del BTC del MRI, trabajamos más con los padres que con los chicos.

## **Ejecución de la planeación del caso**

### **Problema**

Cuando se le hace la misma pregunta a Nancy, para ella ¿Cuál es el problema?

Contesta lo siguiente:

“Es que a mí me molestan mis compañeros y me siento mal, me dicen cosas, como tenía el pelo por aquí (señala su cuello), me decían cabeza de honguito y luego en febrero me decían que tenía una pierna de palo”.

### **Intentos de Solución**

De acuerdo con el problema que se definió con Nancy se exploraron los Intentos de Solución, a esto Nancy comento que cuando sus compañeros la molestan, ella lo que hace:

- Acusarlos con la maestra.
- Decirle a su mamá que la molestan en la escuela.

### **Postura**

**Postura hacia el problema:** Nancy percibe que su mamá la apoya en situaciones complicadas como cuando no alcanza algún objeto en algún lugar elevado o moviendo la cama cuando no encuentra sus cosas.

**Postura hacia el Terapeuta:** En cuanto a todo el equipo de profesionistas de la salud que visita Nancy periódicamente se le preguntó ¿Con quién le gusta más asistir?, a lo que Nancy responde diciendo que le gusta más asistir al servicio de Psicología porque en este lugar se siente sana y salva, ya que no se tiene que quitar la ropa.

### **Objetivo y Cambio Mínimo**

Nancy planteó, en la segunda sesión, que lo que ella buscaba era que su mamá la abrace, la bese, la abrace.

## **Tercera Sesión Clínica**

### **Planificación del Caso**

La primera supervisión que se realizó Karin, normalmente se ocupa hasta en dos sesiones para aclarar o recolectar información, en esta tercera sesión se profundizó en la ampliación de la información de los siguientes temas:

- La frecuencia con la que recibe comentarios descalificadores y qué hace al respecto.
- Indagar información sobre su relación con otros médicos, esto para conocer mejor lo que vive Nancy con el reto que tiene.
- Como hace frente a situaciones desagradables, si le ha funcionado o no, que alternativas tiene.

### **Ejecución de la planeación del caso**

#### **Problema**

La forma que interactúa con los médicos se exploró aún más, en esta sesión Nancy dice que sólo acude al ortopedista y al psicólogo. En cuanto al ortopedista dice que no le gusta acudir ya que tiene que desnudarse para lograr una adecuada revisión de la prótesis. Acuden al ortopedista cada 4 meses para realizar la revisión de la prótesis; en las consultas con el ortopedista entra con su mamá en ninguna consulta la ha dejado sola y es quién recibe indicaciones de los doctores y realiza preguntas al ortopedista.

También se indagó sobre su percepción en cuánto a las personas que se le queden mirando o hagan algún comentario incómodo. En este sentido Nancy comenta que en primero de primaria sus compañeros le decían que tenía una “pata de pirata” y esto la ofendía. También ha ocurrido que en ocasiones personas se le queden mirando y su mamá le hizo un comentario muy efusivo, según palabras de Nancy. En la escuela hay un niño que la molesta quitándole sus cosas (lápices, plumas, goma, etc.)

### **Intento de Solución**

Después de los comentarios Nancy le dice a la maestra encargada del grupo, ya le dijo a su mamá y tía de esta situación.

Con respecto al niño que la molesta quitándole sus cosas lo que Nancy hace para solucionar el problema es pedirle primero las cosas directamente a él de lo contrario lo acusa con la maestra, y es así como ha logrado resolver las molestias con ese niño.

### **Postura**

También se investigó la percepción que tiene Nancy sobre su condición física, ella comentaba que tiene mal la columna, problemas en los dedos y la prótesis.

### **Objetivo y Cambio Mínimo**

Al hacerle la pregunta sobre un cambio mínimo, contestó que cada vez este mejor, que quería estar feliz.

## Segunda Sesión de Supervisión

S: ¿es hija única? No recuerdo.

T: si, es hija única, vive con la madre y el abuelo, el padre desaparece desde que se le notifica del embarazo.

S: ¿en qué trabaja la mamá?

T: la mamá trabaja en un despacho, Nancy dice que su mamá todos los viernes se va a distraer, que ella le dio permiso, pero sale los fines de semana, convive también con su abuelo.

**S: déjame hacerte una pregunta incómoda, esta niña con todas sus malformaciones y pasando tanto tiempo con hombres ¿no te parece que pueda haber abuso sexual?**

T: no he preguntado y no me han dicho nada, pero hay poca confianza aún.... Además, cuando me dice que necesita amor me deshace y digo ¿qué hago?

S: claro, te dejó poco margen.

T: la vez pasada vimos a Fabiola y Nancy que tiene múltiples malformaciones físicas y que la mamá iba porque como la niña estaba muy mal físicamente, está creciendo, la adolescencia se acerca y piensa que ella va a tener un problema de autoestima y de autoimagen por su aspecto físico, la vez pasada me dijiste que me entrevistara con la nena y preguntarle sobre ella misma y sobre su mamá el mensaje era "tienes una vida cómoda pero con más retos que el resto de los chicos ¿tu mamá cómo te apoya? Y ella me dice "pues mi mamá me apoya con todo" y yo le pregunto

### Comentado [JRCH13]:

Esta pregunta ofrece una percepción distinta (o más amplia sobre el sistema familiar), ofrece un panorama diferente en el mismo contexto en que se da la situación.

“¿necesitas algo más?” y la niña me dice “necesito amor, necesito que mi mamá me acaricie, me toque”. La tarea era hablar con la nena y la otra cosa que tenía que preguntarte es que como va a todos los médicos del mundo le preguntara quien le gusta más y por qué y me dijo “aquí me gusta más porque no tengo que desnudarme”, aquí me siento sana y salva, en cuanto a la mamá le dije al chico que había entrado a la sesión conmigo que fuera con ella y le preguntara ¿cómo le va?

S: déjame interrumpir un minuto, a ver, vos me dices que esta nena te pucho todos los botones con lo del amor, con lo del desnudo, y lo entiendo, pero me gustaría que trataras de poner en palabras ¿qué fue lo que pasó?

T: me quedé con la idea de trabajar el autoconcepto, pero tú me dijiste que la mamá era muy violenta con ella y que había que platicar con la niña y darle apoyo y cuando la niña manifiesta que necesita apoyo más que pucharme los botones me pregunto ¿cómo voy a hacer eso, ¿cómo voy a ayudar a esta nena?

S: pero ¿por qué?, te da mucha pena.

T: pues no quiero caer en esto de la lástima que le tiene la mamá.

S: es que es una víctima distinta, es una víctima más racional vista desde fuera del sistema, ¿no?, no necesariamente es lástima pero si una necesidad de darle un abrazo por las carencias que tiene para que no se nos acuse de que no tomamos en cuenta las emociones de los pacientes ni de los terapeutas, por supuesto que los pacientes nos hacen sentir algo, esta sensación de desprotección que te confirmó esta niñita por supuesto que te tocó algo en el cuero porque eres humana, pero eso era lo que quería escuchar, ok ¿y que más hiciste con esta nena?

**Comentado [JRCH14]:** La supervisión clínica no solamente ofrece las correcciones de la ejecución del modelo en Terapia Breve Resolución de Problemas. También es posible dar un acompañamiento al interno supervisado, en ocasiones algunos casos se vuelven intimidantes, desafiantes por el tema o confusos por la cantidad de información que los usuarios dan durante las sesiones. En estos momentos el supervisor se da el tiempo con el interno para indagar sobre qué fue lo que intimidó o bloqueo al interno durante la ejecución de la entrevista y de esta manera trabajar con el interno estos aspectos.

**Comentado [JRCH15]:** Este comentario va direccionado a las habilidades de ejecución del modelo de terapia Breve del MRI, haciendo énfasis en que, a pesar de ser un modelo que teóricamente no toma en cuenta las emociones en el momento de la ejecución de la entrevista, el terapeuta es sensible a las emociones del paciente.

T: básicamente preguntarle cómo le va en la escuela, en casa, en fines de semana, qué le gusta hacer, me dijo también que la vez pasada no vinieron porque fueron al ortopedista y le cambiaron la prótesis y se la dejaron más larga y se nota mucho el cojeo que hace.

S: o sea, que hasta que crezca del otro lado se va a emparejar.

T: sí, algo así.

S: y vos, le dijiste eso del cojeo y que se le nota más ¿preguntaste?

T: no.

S: porque una de las cosas que vas a tener que hacer, **es que esta nena te va a enseñar, porque esta nena te va a enseñar cosas, y una es ser honesta y escuchar que ella es experta en muchas cosas de las que vos no tienes idea, a pesar de los años, entonces una de las cosas que podrías decir de manera que se te note que te importa, lo cual es verdad, me parece que con esta nueva prótesis que estas cojeando más, explicame ¿cómo funciona?** Porque yo no sé cómo funciona, se me ocurre que te la hacen más grande para que tu cuerpo encaje ¿es así? O ¿no es así? Si es así ¿te explicaron? Cuéntame cómo es eso. Porque una de las cosas es que esta señora.... **Además ¿cuánto te preocupa que lo note otra gente?, si lo nota otra gente ¿te molesta que te lo digan o que no te lo digan?, comienza a contarme ¿qué es lo que te molesta?, porque si yo no me entero de lo que no te gusta, podemos hablar de lo que te gusta hasta que las ranas críen pelos pero yo estoy acá para tratar de resolverte problemas, pero si vos no me cuentas qué es lo que te molesta yo no quiero tener que asumir**

**Comentado [JRCH16]:**

Retomando el concepto del constructivismo, se parte de la idea de que cada persona tiene una realidad diferente y única. En este caso la supervisora sugiere conocer esa realidad de Nancy, ¿Cómo vive?, ¿Qué piensa?, ¿Qué opina de aquello que le sucede?

**y leerte la mente, cuéntame por favor. Y hay una gran cantidad de cosas en las que me vas a tener que educar porque yo no sé;** me parece que lo que haces con eso es ser honesta y ser honesta de una manera donde también estas transfiriendo el mensaje de que te importa porque la mamá es muy honesta pero es medio bruta en su honestidad, **sería interesante que vos puedas ir aprendiendo esto para que luego regreses con la mamá y le digas esta nena no es retrasada mental tiene deficiencia física pero su cabeza y su corazón están más desarrollado que otros chicos de su edad con lo cual usted tiene un desafío más importante del que usted creía porque esta niñita no es solo sus deficiencias físicas ¿cómo va a usted a manejar todas esas otras cosas? y para eso tienes que educarte y la mejor maestra va a ser Nancy | ¿Qué otros problemas físicos tiene? ¿Le falta una pierna y qué otros problemas tienen?**

T: en la mano le note una cicatriz por una operación que se le hizo cuando era más pequeña.

S: ¿y todo esto por qué pasó, sabemos?

T: no, no me comenta la señora nada sobre eso, de hecho, nació con las dos piernas, pero a los dos años la amputaron, según la ortopedista eso era lo mejor.

S: **El chico que había entrado contigo lo mandaste con ella ¿eso cómo fue?**

T: lo que pasa es que siempre pasa una estudiante conmigo pero como ahora me tocaba a mi estar con Nancy le dije a este chico que pasara con ella y le platicara como llevaba la maternidad, mi idea era preguntar como era su experiencia de madre de una niña especial, si había recibido algún tipo de apoyo pero mi estudiante

**Comentado [JRCH17]:**

El modelo de Terapia Breve del MRI no asume posturas, no pretende conocer a fondo lo que la persona vive. En todo momento se solicita una claridad en la información que ofrece el cliente.

**Comentado [JRCH18]:**

Utilizar la información obtenida con Nancy para lograr hacer alguna maniobra con Fabiola, mamá de Nancy, preparar el terreno antes de hacer la intervención.

no pregunto eso y averiguo que la señora se siente muy apoyada con la familia en el cuidado de su hija y mi alumno dice que tuvo la impresión de que la señora no le quiso decir todo, que le contestó pero no por completo... ¿ahorita sigo con la nena las siguientes dos o tres sesiones?

**S: si, porque desgraciadamente es como el principito una vez que cultivas una rosa esa rosa se convierte en tu responsabilidad, esta nena está muy sola, en todos lados la hacen desvestirse, esto te toca un poquito más a largo plazo Clara.**

**T: y ahora, ¿qué voy a platicar con ella? ¿le pregunto sobre si nadie la toca de manera que no le agrade? por eso de que esta con el tío y eso.**

**S: yo no empezaría inmediatamente, pero estate atenta incluyendo los médicos, porque esta madre que es medio bestia la manda y no esta con ella, una forma de averiguar esto es preguntar ¿la mamá entra con ella a los médicos y si se queda y si eso sería algo que a ella le gustaría?, no es que esté de mal pensada, pero con una nenita con tantas disfuncionalidades yo estaría más que atenta.**

**T: ok sigo con la nena y mando a una mamá con la mamá y ¿qué preguntas sugieres para ella?**

**K: yo no haría muchas preguntas sobre todo si va a ser una persona nueva que se quede callada escuche y repita una y otra vez como madre esto, como madre aquello, como madre lo otro porque en parte ¿Cómo se lleva esta mujer con la familia? Por qué no hablan de una mamá.**

T: no, no está con ella.

**S: ¿por qué?, ¿qué le pasó?, porque parte de lo que pasa a esta señora, simplemente es que no tiene modelos... no sé, no sé, entonces qué modelos, cómo se imaginaba ella que iba a ser la maternidad, quiero saber además cuanta vergüenza le da a esta señora esta hija que tiene este aspecto. Porque si se imaginaba que se iban a ir de compras por paseo de la reforma, eso no está pasando. Yo asumo que esta niña camina en lugar de pasear en silla de ruedas, pongamos las cosas sobre la mesa, yo le preguntaría a tu alumno que si bien él sintió que ella no le dijo todo, qué sensación le dió a él de lo que no le estaba diciendo porque en general todos tenemos un sexto sentido que nos toca y hay que usarlo.**

T: Ok, bien.

S: y con la niñita cuando te dijo necesito amor y eso, ¿qué le contestaste?

T: le seguí preguntando y me dijo que sí que se bañan juntas. que la lleva a la escuela pero que no hay contacto, yo le dije “si hay contacto porque hacen cosas juntas” y me dice “bueno si, pero yo quiero más” y luego le pregunté que si ella se acerca y me dijo que si lo hace.

S: y cuando llega esta nena, ¿cómo la saludas?

T: el saludo de mano y de beso desde la primera vez.

S: ¿y eso haces con todo el mundo?

T: no con todo el mundo, pero si lo hago con algunos.

**S:** la otra cosa que quiero saber es ¿cómo definiría esta nenita el éxito en la terapia? Qué tendría que pasar para que las venidas a verte, además de agradables y muy lindas, han tenido un efecto positivo y que quieres un cambio pequeño, chiquito que no quieres algo monstruoso pero que sería algo distinto.

**Comentado [JRCH19]:**

Aclarar la información en cuanto al cambio mínimo y objetivo de la terapia.

**T:** y eso de promover que la mamá la toque le diga te quiero.

**S:** no todavía, porque por el momento va a sonar tan artificial que todo el mundo va a estar tan tenso que todo va a ser peor, yo creo que primero esta señora debe de sentirse cómoda, qué modelos tiene en su propia vida y a partir de eso qué se puede cambiar de a poquito porque si no lo que vas a hacer es antagonizarla y no va a volver.

**Comentado [JRCH20]:**

La supervisora hace una observación de que aun no es momento para llevar a cabo la sugerencia, ya que hay que preparar el terreno y que esta sugerencia tenga el efecto deseado. Un ejemplo de que en el modelo de Terapia Breve no se apresura el proceso de intervención.

## **Cuarta Sesión Clínica**

Para esta sesión, la supervisora ofrece algunas sugerencias para el desarrollo de las sesiones subsecuente

- Enseñarle a Nancy a ser “sasy” que se traduce como irreverente, mostrarle a utilizar los insultos que ella recibe y devolverlos de una manera no violenta.
- Mencionarle a Nancy que sus habilidades no se detienen por tener una prótesis, sino que es inteligente, educada y puedo desarrollar otras habilidades como el humor o alguna actividad manual, desarrollando su creatividad.
- Con Fabiola enfatizar el mensaje de que tiene una hija fuerte y con una gran capacidad de enseñar y aprender, que una prótesis no la limita y puede, no solo llevar una vida plena sino puede llegar a ser exitosa.

En esta cuarta sesión, al igual que en la sesión previa, la terapeuta Clara Solís pasa a sesión con Nancy y el coterapeuta se entrevista con Fabiola de manera independiente.

### **Ejecución de la planeación del caso**

#### **Problema**

En esta sesión se hizo un resumen de las quejas hasta el momento presentadas, manteniéndose como prioridad los comentarios mal intencionados que Nancy recibe por parte de sus compañeros de la escuela.

## **Intentos de Solución**

Los Intentos de Solución que se pretende interrumpir en esta sesión, es lograr que Nancy deje de seguir los consejos bien intencionados de su mamá y su maestra.

## **Intervención**

El problema para Nancy son los comentarios mal intencionados de sus compañeros de la escuela, ante esta queja se le pregunta si está interesada en hacer algo diferente para hacer frente a este problema y responde que si de manera enfática. Entonces se le propone el siguiente experimento: Cada que alguien te haga un comentario mal intencionado, tu tarea es dar una respuesta inteligente. En la sesión se hace un breve juego de rol para ensayar las respuestas inteligentes, entonces la terapeuta le dice: “Frida pata de palo, Frida pata de palo” y en seguida le pregunta: “¿Que puedes responder a eso?” y la terapeuta le dice: “No es una pata de palo, es una prótesis y creí que ya lo sabías”. La terapeuta le pregunta a Nancy: ¿esto es algo que tú puedes hacer? Y la niña dice: “Si”; entonces la terapeuta le propone ensayar la respuesta inteligente.

### Tercera sesión de supervisión

Esta supervisión se realizó de manera presencial, en la cual se le presenta el vídeo de la sesión previa a la supervisora.

T: teníamos a Nancy, quien tiene múltiples malformaciones físicas, tengo el video si lo quieres ver, la mamá llega diciendo que está muy preocupada por la autoestima de la niña.

S: y que luego la trata muy mal, ¿no?

T: miren lo que me tocó y comprenderán que estoy muy mal.

**S: delante de la niña si yo me dije como puede ser usted tan bestia, estabas muy ansiosa estabas hablando mucho, ¿por todo lo que te había dicho la madre? Desde acá no se le notan mucho las malformaciones.**

T: es cuando camina que cojea.

S: pero no es que tiene un hombro más alto que otro o una oreja más grande que la otra.

T: no, lo que pasa es que usa una venda para sostener la prótesis y eso hace que se vea más cuadrada de lo que está.

**S: ¿pero eventualmente eso se va a cambiar porque eso es porque es chica y no se puede hacer una prótesis mejor que eso?**

T: seguramente que si, por ahora me he dedicado a preguntarle cosas a ella y a la mamá la mandé con mi alumno, me dijiste que viera a la niña y ganara credibilidad para después regresar con la mamá y decirle...

#### Comentado [JRCH21]:

La observación va dirigida a las habilidades de ejecución del modelo de terapia Breve del MRI, donde el terapeuta debe mantener el control de la sesión y mantenerse tranquilo para lograr pensar adecuadamente. (Comunicación Personal, Clara Solís, 2017)

S: es usted una insensible.

T: que la debe de querer y protegerla.

S: que buen consejo, ¿quién te lo dio? Eso hubiera hecho yo.

T: ¿entonces me dijiste tienes que ser concreta y preguntar cómo lo puedes ayudar? Y la niña dice que en la escuela le hacen burla y le dicen Nancy “pata de palo” y que cuando tienen que hacer deportes le dicen Nancy no porque no corre o es muy lenta.

S: claro.

T: y que en algún momento le hacen burla y en la última sesión le dije yo estoy acá para resolverte problemas.

S: déjame ver un poco más el video a ver qué hiciste (se oye que haces cómo te defiendes y ella dice si les agarro las manos y cuando me hartó le digo a mi mamá) ¿Y tu mamá que hace? ¿Y tu mamá que dice?

T: esa prótesis pesa mucho, me dijiste que le preguntara sin pena sobre eso.

S: **pero también quieres ver el final de la película, entonces yo le doy un manaso trato de resolverlo si no me sale le pregunto a mi mamá y eso ¿cómo te funciona?, quiero ver ¿cómo termina esa interacción, quiero ver cómo termina esa película porque si no me quedo en ayunas.**

T: me decías que debo de acabar de ver la película.

S: **eso debes de hacerlo siempre, quieres ver cómo termina la interacción porque si no te quedas en ayunas y cuando te quedas en ayunas es verlo de**

**Comentado [JRCH22]:**

En esta sesión se hace una corrección por parte de la supervisora en cuanto a la entrevista, ella comenta que hay que obtener completa la interacción desde que empieza hasta que termina, de lo contrario nos quedamos en una situación lineal y no circular como es el modelo del MRI.

**manera lineal y nunca puede ser circular, entonces ¿qué pasa? y ¿qué contesta? y ¿qué hace? y ¿qué no hace? quiero saber cómo termina el cuento.**

T: la última vez le dijeron a Nancy “pata de palo” y yo le pregunté y ¿tú qué haces? y ella me dice: “voy con la maestra”, yo le dije: “no, ¿tú qué haces?” Ella me dice “nada, mi mamá me ha dicho que no haga nada” y yo le dije: “no, no vas a pegar ¿cómo te puedes defender?”, y me dice “no sé” y bueno yo le sugerí que si alguien le decía Nancy “pata de palo” ella le podría decir, “no es una pata de palo es una prótesis, y creí que ya lo sabías”.

S: good job.

T: porque en la escuela todos saben que ella tiene la prótesis y le digo haber hagámoslo y lo practicamos, luego le digo “si vas a estar en deportes y alguien te dice Nancy no porque no corre o Nancy es lenta ¿que puedes decir? Mis piernas son lentas pero mis manos son rápidas.

S: por qué está participando en educación física, ahí es donde esta madre no la protege.

T: está en una escuela integrada y hay otros chicos especiales y la idea de allá es desaparecer las escuelas especiales para que ellos se integren.

**S: si entiendo eso y dentro de esas posibilidades a la chica down no se le va a pedir que haga análisis matemático entonces de la misma manera con esta chica, esta chica no va a correr una carrera ahí es donde la mamá tiene que apoyarla un poquito y decir me parece fantástico que la traten como a todos**

**pero en educación física cuando se trata de correr una carrera mi hija no lo va hacer y por favor que salga alguien a ver que eso no se le pida.**

Interna: ¿No es posible que corra?

S: si cojea cuando camina cuando entra a un salón de terapia esta nena no va a correr.

Interna: Pero hay prótesis que si te permiten correr.

S: **pero por el momento esta nenita tiene esta prótesis, hay prótesis muy buenas como las del sudafricano Pistorius pero tiene unas hechas de carbono pero claro esta niñita no tiene ni el dinero ni dónde buscar las prótesis lo que tiene esta niña es una prótesis con la que apenas puede caminar, no se le puede pedir que corra en la clase eso es pedir que le hagan burla, si bien puedes ayudarla a que tenga una vida mejor con aquello que pueda manejar, esta mamá debe de tener las pelotas de irla a protegerla un poco también.**

T: entonces, ¿que la mamá vaya y solicite que no se le integre en educación física?

S: que se le integre en la medida que sea razonable, el profesor de educación física debe de saber que esta nena no puede participar en una carrera.

T: y si en ese momento le dice siéntate Nancy, ¿no pasa nada? ¿Así es?

S: **yo creo que hay que preguntarle a Nancy que es lo que prefiere por ejemplo démosle ese control si el profe de educación física te permitiera sentarte en lugar de correr una carrera para que no te hagan burla, ¿qué**

**Comentado [JRCH23]:**

Este comentario es para poner en contexto lo que se le pide a Nancy, retomando una de las premisas del modelo de Terapia Breve del MRI, es un modelo ecológico con el contexto de las personas que buscan la ayuda. En este sentido no se le va a pedir a Nancy que corra cuando no tiene las condiciones adecuadas en relación a sus compañeros de escuela.

**Comentado [JRCH24]:**

A manera de expandir la visión la supervisora habla sobre que hay prótesis de carbono que utilizan los atletas paraolímpicos que le permitirían correr y moverse mucho mejor.

**prefieres, como quieres manejarlo? Hay que otorgarle un poco de control a esta nenita por eso viene a terapia.**

T: bueno ahí era “mis piernas no, pero mis manos si” y la otra era Nancy no porque no corre y ella podría decir yo también tengo derecho a jugar.

S: pero eso lo dices vos desde una persona sana, hablémoslo con ella porque esta niñita es muy inteligente, **preguntémosle a ver qué es lo que ella quiere porque sabes que a los ocho es más fácil decidir que no quieres hacerlo.**

T: eso hicimos la última sesión, porque la queja mayor de la mamá cuando platicaban con ella es que viene, me dice lo que pasa en la escuela, los acusa, y a mí me parte el corazón y yo les digo no les hagas caso. Y entonces le dije al chico dile que no le diga eso otra vez por favor.

S: claro.

T: que le enseñe a dar este tipo de respuestas.

S: pero ella no las tiene y parte de lo que me parece que falta y no sé cómo dárselo a esta señora, es este instinto de madre gallina de protegerla porque ella se sienta y dice miren lo que me ha tocado, eso es lo que ella ve, **entonces parte de lo que me parece útil con esta señora es simplemente hacerla ver que esta niña es maravillosa, que es fuerte que tiene una gran cantidad de cosas que enseñarle al mundo que ella no tiene.**

T: la última sesión me dijo “me he dado cuenta de que mi hija es inteligente que es capaz de hacer cosas que yo creí que no podía hacer”.

**Comentado [JRCH25]:**

Cuando la terapeuta hace la pregunta si debería evitar la clase de Educación física, la supervisora contesta que hay que preguntarle a Nancy y así dotarla de un poco de control de la situación, además de no asumir la postura de Nancy hacia la clase de Educación Física.

La pregunta no debe hacerse en términos de esfuerzo sino en términos de si tiene o no ganas de hacer deporte, dejando un marco de toma de decisión más amable ante esta situación.

**Comentado [SECH26]:** En este comentario se demuestra que se respeta la premisa de “No normatividad”, ya que no se asume lo que el cliente quiere, se le pregunta directamente y él decide si es apropiado para su problema.

**Comentado [JRCH27]:**

En el modelo de Terapia Breve del MRI, uno de los objetivos en cada caso es mover las relaciones o cambiar las percepciones de acuerdo al problema, de esta manera cambian las relaciones entre los integrantes del sistema familiar.

En el caso de Fabiola es cambiar la manera de ver a su hija para que comience a relacionarse de manera diferente.

S: y que ella lo diga delante de la nena será maravilloso.

T: la pregunta era un poco que es lo que ella quiere y como se sentiría en control y después...

S: y preguntarle si tuvo la oportunidad de practicar lo que le dijiste eso de pata de palo me pareció brillante.

T: eso fue último que hice y la otra cosa que hice fue mostrarle a Frida Kahlo y le dije “¿conoces a Frida Kahlo?” y me dijo “no” y le conté que tenía la columna rota y le llevé unos libros y se los mostré.

S: fantástico, que vea la película.

T: pero tiene escenas lésbicas creo que no es muy propicio para una nena de 8 años.

S: ¿por qué?

T: ¿no importa?

S: ¿por qué? **Pregúntale a la madre que le parece, que la vean juntas porque Frida Kahlo es mucho más que una señora con la columna rota tiene una cantidad de cosas, fuma, se acuesta con quien quiere cuando puede y como puede; no sé si es una película para una nena de ocho años, pero pregúntale a la mamá que le parece creo que es algo fuera de lo común.**

T: yo le hable a Nancy y le sugerí que fuera a la casa de Frida Kahlo, le dije: “dile a tu mamá que te lleve”. Las últimas dos sesiones terminaron con los libros de Frida.

S: una de las cosas que esta señora puede hacer es ir a ver lo que pasa en la escuela debe de involucrarse sospecho que eso se hace menos allá que acá pero no puede ser una más del montón esta niñita hay que cuidarla y protegerla porque hay que darle la oportunidad **porque esta niña nació con defectos físicos pero esta sobre compensando con muchas otras cosas, que le den una clase más de pintura, que le enseñen a cocinar en lugar de ponerla a correr o tenerla sentada en la banca alguna concesión tiene que poder hacerse y eso lo tiene que pedir la madre.**

**Comentado [JRCH28]:**

En este comentario la supervisora ofrece opciones para que Nancy pueda desarrollar otras habilidades.

T: ok previo preguntarle si quiere o no hacer el deporte...

S: **no lo pongas en términos de esfuerzo, pregúntale si tiene ganas o no, porque cuando le dices ¿tienes ganas de hacer el esfuerzo? lo pintas como una cuestión que debiera hacer cuando le preguntas ¿tienes ganas? es simplemente si tiene ganas nada más, ¿te gustaría en lugar de ir a educación física que te pusieran en una clase de dibujo? abrir opciones que otras cosas, un club de literatura no sé qué otra cosa se pueda inventar pero esta chica tiene muchas otras cosas que no tienen que ser salir a correr en piernas carbonos, porque además con la otra cosa con la que puedes jugar es que como tiene problemas motores tiene que agudizar su cerebro, una forma en que puede agudizar su cerebro es que se aprenda chistes, entonces en lugar de que una situación se convierta en súper tensa que aprenda a diluir la tensión con el humor, por ejemplo, ustedes tienen esto donde todo es juego de palabras, que mire esto a ver si le gusta que desarrolle un sentido del humor, ¿cuánto acceso tiene a todas las redes sociales esta chica?**

**Comentado [JRCH29]:**

En el modelo de Terapia Breve del MRI, el lenguaje es la mayor herramienta que se posee y se tiene cuidado en cómo se dicen los mensajes para tener el efecto deseado.

**Comentado [JRCH30]:**

Esta sugerencia es ofrecerle habilidades diferentes a Nancy que pueda utilizar en una situación que le cause problemas.

T: no es algo a lo que tiene acceso libre, su mamá supervisa.

S: si me parece bien que supervise, pero con la ipads se pueden hacer tantas cosas que aprenda a diseñar páginas web, hay cantidad de cosas con la tecnología que puede estar haciendo que no necesita de sus piernas y entonces la mamá lo tiene que oír.

T: con la mamá el mensaje es hay que quererla y protegerla.

**S: y es una chica superinteligente y tiene montones de otras cosas que usted puede aprender es una chica que es muy fuerte y que nos tiene muy impresionados ¿qué puede usted aprender de ella? ¿Qué pueden hacer juntas?**

T: ¿y eso de usted la agrade y debe de cambiar eso ya no??

**S: es que me dio la cosa de hmm... si hace falta tenlo por ahí en un bolsillo dile mi supervisora dice esto...**

T: veo a la mamá.

S: yo creo que tienes suficiente para hacer dos o tres sesiones con la niña dependen de cómo le esté yendo al alumno con la madre.

T: me habías dicho que le cambiara de terapeuta por una mamá.

S: pero si ha ido bien no lo cambies.

T: así es.

S: fine, fine, totalmente. Tienes que enseñarle a ser sasy, es ser irreverente, no sarcástica sino sasy, es alguien que se siente tan bien consigo mismo que eso pasa por eso de la pata de palo fue fantástico porque eso es ser sasy es no solo no me estoy tomando tu insulto, sino que además te lo estoy devolviendo es eso. Enséñale a hacer eso y le vas a hacer un gran favor. En la clase ¿qué pasa?

T: es inteligente.

S: bueno que ayude a otros alumnos, que sea nombrada como ayudante oficial porque eso le va hacer ganar respeto que se va a traducir en el recreo y en el patio y en salón de juegos, no pueden respetarla por correr una carrera pero si pueden respetarla por su intelecto y está empezando a entrar a una etapa donde otros chicos van a empezar a necesitar de su ayuda, que aprenda inglés, que se yo, hay que usar su cerebro por qué lo tiene, además con más dinero se compran mejores prótesis y eso es una realidad que consiga dinero en lugar de pensar en lo malo.

**Comentado [JRCH31]:**

Sugerencia de intervención, donde es enseñar a relacionarse de manera diferente a Nancy con sus compañeros de clases.

**Comentado [JRCH32]:**

Con esta maniobra se buscan dos cosas: uno, hacer explícitos los recursos del cliente y dos, es una manera de generar optimismo implícito.

## **Quinta sesión Clínica**

En esta sesión las sugerencias de la supervisora a la terapeuta fueron las siguientes:

- Preguntarle a Nancy sobre si a ella le gustaría participar en las clases de educación física o le gustaría realizar alguna otra actividad.
- Enseñarle a Nancy a utilizar diferentes habilidades que posee, agudizando sus capacidades intelectuales, por ejemplo, que aprenda a diluir la tensión causada por algún comentario malintencionado con humor, que gane respeto en su salón de clases por su sagacidad intelectual.
- Con Fabiola, el mensaje a entregar es el que debe cuidar, proteger a Nancy, que su hija puede enseñarle muchas cosas, ya que Nancy es una niña muy inteligente.

### **Ejecución de la Planeación del caso**

En esta sesión se revisa si Nancy tuvo la oportunidad de utilizar la sugerencia de una “respuesta inteligente”. Nancy comentó que no lo ha usado ya que en el colegio no la han molestado, ha estado practicando con su mamá, quien opina que es una buena herramienta.

En la escuela, se indagó sobre su clase de Educación Física, si le gustaba o se le dificultaba, ante estas preguntas comentó que si le gustaba la clase y no ha habido algún problema con sus compañeros en ese aspecto.

También se le preguntó sobre sus habilidades relacionales en la escuela, Nancy comentó que ayuda a sus compañeros en algunos ejercicios de matemáticas, o cuando se tropiezan igual les ayuda a levantarse.

Se preguntó sobre su relación con su mamá, ella comentó que ha estado más cariñosa y la relación va mejorando poco a poco, Nancy siente que confía más en su mamá, su mamá le da más libertad y permisos, la deja hacer ciertas actividades sin ayuda, como arreglar sus útiles para la escuela, bañarse, acomodar su ropa.

Se le preguntó a Nancy si en el momento presente tiene algún reto y comenta que sí, que en su salón de clases hay una niña que es muy rápida en terminar los trabajos y quiere ganarle, acabar antes los ejercicios que ella y lo que está haciendo para superar este reto es evitar distraerse en clase con sus compañeros, la distracción ocurre cuando uno de sus compañeros la molestaba quitándole sus lápices. A lo cual la terapeuta le pregunta si le gustaría alguna sugerencia para lograr que su compañero deje de molestarla, y Nancy comentó que si le gustaría saber cómo hacerlo. Ante este escenario de dificultad para Nancy, la terapeuta sugiere colocar sus colores de lado izquierdo del pupitre, con el objetivo de que su compañero de clase no logre quitarle sus lápices y plumas. Esta sesión terminó comentando la vida y algunas obras de la artista Frida Kahlo.

En este momento del tratamiento y aprovechando el periodo vacacional se decide hacer una pausa larga para consolidar cambios.

## Sexta Sesión Clínica

Al regresar del periodo vacacional se lleva a cabo la sesión clínica. Fabiola reporta que Nancy y ella asistieron juntas a un curso de verano en el cual tuvo la oportunidad de observar a su hija como se relaciona con otros niños en un escenario diferente al de la escuela. Durante el curso de verano Nancy no recibió comentarios ni ejercieron juicio de valor alguno sobre la condición física de Nancy y la integraron a las actividades del curso de verano. Esto le permitió darse cuenta a Fabiola que Nancy posee habilidades para socializar y resolver problemas, es inteligente y sabe adaptarse a diferentes ambientes. Como resultado de las sesiones individuales con Fabiola, se dio cuenta de que ella es pieza clave en la construcción de la autoestima de Nancy. Acerca de las sugerencias realizadas a Nancy sobre “responder de manera inteligente” ante alguna ofensa, ella comenta, que le ha dado más seguridad y estabilidad ya que Nancy tiene una herramienta para hacer frente a los comentarios.

Los cambios que ha notado Fabiola en su hija son los siguientes: a Nancy la percibe más cariñosa, más apegada a ella además de tenerle más confianza a lo que se le comentó que “ella le exige confianza a Nancy, pero ¿ella que tanto confía en Nancy?” a lo que responde “si le tengo confianza a Nancy solo que hay cosas que me preocupan cuando llegue a la secundaria, por ejemplo, en cuanto al transporte y con la mochila enorme de la escuela”. Ante estas preocupaciones se ofrece una lluvia de ideas en donde se le presentaron opciones a cada una de las preocupaciones de Fabiola, por ejemplo, comprarle una mochila de carrito para que sea más fácil trasladarse, en cuanto al transporte público se le comentó que está a

buen tiempo de ahorrar dinero y quizá, comprarles un auto a los 15 años en lugar de hacerle una fiesta de cumpleaños de XV años.

Nancy, comenta Fabiola, es una niña excepcional, inteligente, valiosa y capaz de muchas cosas, a lo que la terapeuta le comentó “Si Nancy no se limita, no la limitemos nosotros”.

Se terminó la sesión enfatizando el mensaje sobre no limitarla y apoyarla incondicionalmente, que Nancy sepa que su mamá esta con ella y no la dejará sola. La siguiente sesión clínica queda condicionada a la visita de la casa azul de Frida Kahlo, es decir, que la familia consultante no puede regresar a la sesión sin haber realizado antes esta tarea.

## Séptima sesión Clínica

A la séptima sesión asisten madre e hija pero sólo pasa a sesión Fabiola, y lo que reporta Fabiola es que justo un fin de semana antes de acudir a esta sesión fueron de visita a la *Casa Azul* de Frida Kahlo, durante la visita describe que la casa de Frida Kahlo es visitada por personas de diferentes nacionalidades, durante el recorrido por la casa, los visitantes observaban a Nancy, sin embargo, la mamá comenta que no fue una mirada curiosa o violenta, como las que cotidianamente recibe la niña en la calle o en el transporte público, sino que fueron percibidas de admiración. Esas miradas no pasaron desapercibidas por la madre.

Al continuar recorriendo la Casa llegan al estudio de Frida Kahlo, donde percataron de la silla de ruedas y el caballete de la pintora. A continuación, entraron a la recámara de Frida Kahlo, donde la escena que se encontraron dejó sorprendidas a ambas, la recámara de la pintora estaba decorada con la prótesis real de la artista y la faja de yeso que aparece en sus fotos. Madre e hija se voltean a ver con una complicidad distinta y es cuando Fabiola comenta en la sesión “por primera vez me sentí orgullosa de mi hija”. En este punto parece ser que la visita a la casa de Frida Kahlo hizo que Fabiola se diera cuenta de que su hija puede tener una vida independiente y sobre todo una vida exitosa. La terapeuta le pregunta a Fabiola ¿le has dicho a Nancy que se tientes orgullosa de ella? A lo que la mamá responde que no y la terapeuta le sugiere: bueno tu siguiente tarea es decirle a tu hija que te sientes orgullosa.

Para efectos de la Terapia Breve en Resolución de Problemas este es el momento cumbre del tratamiento, porque la mamá se desbloquea en relación a su hija y

después de ese momento no la vuelve a percibir como enferma o desfavorecida. El impacto para Nancy fue que su autoestima se vio directamente beneficiada al identificarse plenamente con la famosa pintora.

Debido a los avances reportados y los cambios observados en la relación madre e hija, la terapeuta consideró que era el momento de finalizar el tratamiento, por lo que esta decisión se consensuó con la familia consultante a través de la pregunta: ¿hay algo que pueda hacer por ustedes en este momento?, a lo que Fabiola responde: “no, has hecho mucho y creo que la del problema era yo, es cuestión de seguir adelante”

Con esto se da por terminado el tratamiento y se establece un alta formal. El fin del tratamiento para este caso es aquel que en el libro *Táctica del Cambio* (Fisch, Weakland y Segal, 2010) se denomina como “Terminación del Tratamiento sin que el problema haya sido resuelto”. Se considera que la niña tiene un problema crónico que no se puede modificar, pero sí se puede cambiar la percepción de la familia hacia la condición orgánica de la niña. En este caso ocurrió que la niña no mejoró su condición orgánica, que hay consecuencias inherentes a la condición de la niña que no están sujetas al control de la madre, sin embargo, al final del tratamiento la condición ya no era un problema para la mamá.

## **Seguimiento del Caso Clínico**

Después de dos años de haber concluido su primer tratamiento Fabiola solicita nuevamente el servicio de psicología para tratar un problema completamente diferente al inicial, esta información por sí sola nos hace categorizar a este caso como un caso de éxito. Debido a que no hay recaídas, no hay sustitución del síntoma y las cosas funcionan en un sentido favorable.

Al tratar la nueva demanda, de manera indirecta la entrevista con Fabiola arrojó información sobre Nancy, ya que comentó que tiene un auto y ya le están enseñando a manejar a su hija, también comenta que la relación entre madre e hija se mantiene estable en términos afectivos, lo cual quiere decir, que hay más complicidad entre ellas.

Un año después (tres años después de la primer visita) se hizo el seguimiento clínico sobre el motivo de consulta original, porque para esas fechas Nancy había ingresado a la escuela secundaria y la Terapeuta tenía un gran interés por saber cómo es que Nancy se había adaptado a este nuevo contexto escolar. Madre e hija reportan que como consecuencia del sismo del 19 de Septiembre sus vidas sufrieron cambios laborales, escolares y personales, sin embargo, se adaptaron favorablemente a las circunstancias. Durante esta sesión, Fabiola mencionó que después de haber acudido a la Casa de Frida Kahlo Nancy desarrolló una autoestima muy alta y comentó: “Nancy está muy bien, le subieron demasiado la autoestima, tanto que a veces no sé qué hacer con ella”. Con este tercer seguimiento se confirma que fue un caso de éxito.

## 6. Reflexión sobre el aprendizaje del proceso de supervisión clínica profesional

La siguiente reflexión es generada por la Terapeuta Clara Haydee Solís Ponce, donde comparte su perspectiva en relación a la supervisión clínica.

El someterse a un proceso de supervisión clínica, a nivel técnico, permite observar situaciones que no es posible observar uno mismo durante el desempeño de una sesión clínica. Un ejemplo de esto es el ¿porque las dos, Fabiola y Nancy, están dentro de la sesión?, cuando desde el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI trabajamos en primer momento con los padres de familia que son los clientes para un cambio, no los niños. Otro ejemplo es el no categorizar interacciones con algún tipo de riesgo o violencia; cuando Karin puntualiza la forma en que Fabiola presenta a Nancy frente a un grupo de desconocidos, esto Karin lo enmarca como una acción muy violenta, algo que no se logró percibir en el instante. Es decir, a nivel técnico, la supervisión clínica tiene un valor muy grande ya que observas situaciones que tú mismo habías dejado pasar y esto te permite corregir y afinar tu desempeño como terapeuta en Resolución de Problemas.

Otra ventaja de la supervisión clínica o el acompañamiento del supervisor tiene que ver con los casos intimidantes. En este caso clínico, la terapeuta sintió intimidante el caso ya que la queja que ella escuchaba era totalmente legítima, la preocupación de la señora sobre el futuro de su hija. El conocimiento del contexto, gracias a la experiencia profesional de la terapeuta, ayudó a que la terapeuta estuviera familiarizada con las limitantes que existen con los niños y las limitantes que los propios padres establecen, la terapeuta comenta:

“Cuando llega Fabiola y me dice de manera muy concreta y directa: *ayúdame porque que va a ser de ella*, ciertamente es un caso intimidante porque lo primero que pienso es, que en términos de la interacción como puedo yo ayudarle a lograr esa meta, en un ambiente hostil, porque cuando ella dice que salen a la calle y la gente la mira con curiosidad, es un escenario real y eso no está bajo el control de nadie, es decir, yo sé que es un tema de mi competencia profesional, pero a nivel terapéutico en ese momento fue bloqueo muy fuerte pensar como diseñar una directiva que se acercara a esa demanda. Fue por eso que decidí presentar este caso en la supervisión con Karin Schlanger”.

A nivel terapéutico afinas tu ejecución, a nivel personal y profesional la supervisión clínica ayuda, ya que se tiene un proceso de acompañamiento que te permite pensar de manera diferente los casos clínicos y te permite ver otras opciones, a diferencia de cuando se trabaja sólo o no se tiene supervisión clínica. La terapeuta comenta: "no te intimides, porque si te intimidas no piensas y si no piensas no puedes ayudar a la gente”.

Otro aspecto a considerar es que la figura del supervisor siempre facilita la entrega de intervenciones, porque en esa perspectiva de segundo orden de estar fuera y dentro del sistema, se tiene una figura con quien tener complicidad y esto facilita la entrega de los mensajes porque difíciles o tareas difíciles, por ejemplo, se usa la figura del supervisor para entregar estos mensajes, Karin dice: "échame la culpa, dile comente el caso con mi supervisora y me dijo que te diera este mensaje" o “ella tiene esta duda" y con esto te escapas de que el cliente piense que estás ejerciendo un juicio de valor.

Por último un aspecto más es que el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI es tan noble y totalmente interaccional que se obtienen resultados y

eso da la sensación de que se está aplicando el modelo correctamente, cuando en ocasiones se tienen fallas técnicas, a veces muy evidentes o muy finas, que no son parte del modelo y si no se somete a supervisión se van generando como viejos vicios o mañas que no son propiamente del modelo.

Con la supervisión clínica afinas tu desempeño, se obtiene confianza y seguridad de saber que se tiene un supervisor respaldándote que eventualmente te podrá orientar cuando lleguen casos difíciles o intimidantes, también te permite maniobrar con mayor facilidad ante escenarios difíciles o proponer tareas poco convencionales.

## 7. Resultados

Después de haber realizado el análisis de las sesiones de supervisión, se encontró lo siguiente:

Durante la primera sesión de supervisión se destacan observaciones relacionadas con la corrección de la ejecución del esquema técnico del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI. Por ejemplo, las señalizaciones que realiza la supervisora Karin Schlanger cuando Nancy entra a sesión junto con Fabiola, el comentario de la supervisora va orientado a mantener la capacidad de maniobra, elegir de manera estratégica al cliente de la terapia. También se realizan observaciones en el momento en que Fabiola presenta a Nancy a la terapeuta y al equipo terapéutico que se encuentra en la cámara de Gessell, y saber cómo reacciona Nancy al ser exhibida por su mamá a un grupo de personas extrañas como una niña con múltiples malformaciones físicas, lo cual corresponde a una de las premisas del Modelo de Terapia Resolución de Problemas del BTC del MRI: la imposibilidad de no comunicar.

Bajo el eje de análisis de la corrección de la ejecución del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI se encontró que la supervisora hace explícito el circuito problema-solución intentada: Fabiola no quiere que molesten a su hija, para resolverlo ella la trata como una niña “normal” sin considerar que es una niña especial y esto provoca que la exhiba y descuide.

También se hacen observaciones para tener una visión más amplia sobre el problema que presenta Fabiola, por ejemplo, cuando Karin Schlanger señala que

Fabiola no tiene límites en la información que da a, lo que provoca que pareciera que, en lugar de cuidarla y protegerla se queja de ella.

En cuanto a la ejecución del esquema técnico del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI la supervisora sugiere que se lleve a cabo una entrevista con Nancy e indagar la frecuencia con la que recibe comentarios descalificadores, preguntar la relación entre madre e hija en términos afectivos, saber cómo Nancy hace frente a situaciones desagradables y su relación con otros médicos.

En este caso en particular, se planea reformular el problema hacia hacer a Fabiola, mamá de Nancy, cliente de la terapia y no sólo que se le dé la atención a Nancy.

En la segunda supervisión las observaciones que se dan a la terapeuta del caso clínico son: en un primer momento referente a tener en cuenta un panorama diferente en cuanto al contexto en el cual se desarrolla el problema, por ejemplo, cuando la supervisora comenta que pudiera ser que Nancy fuera víctima de abuso sexual; este aspecto no había sido considerado por la terapeuta, por lo que es un elemento valioso que obtiene al supervisar el caso clínico.

Otro elemento para resaltar es que la supervisora Karin Schlanger se muestra curiosa por la intimidación que nota en la terapeuta y le pregunta: ¿Qué le hacía sentir Nancy con su relato? ya que, en ocasiones, los terapeutas se enfrentan a casos complicados, se sienten intimidados por el contenido del caso o no tienen la

suficiente pericia para maniobrar durante el intercambio con la persona que se encuentra en sesión.

El siguiente elemento es tener en cuenta el constructivismo, elemento de las premisas principales del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI, para así conocer la realidad que vive Nancy, como percibe el mundo y no asumir posturas adelantadas ante la percepción del cliente. Junto con esto, Karin menciona que hay que obtener información para “preparar el terreno” y ejecutar alguna intervención, en este caso, la supervisora sugiere obtener información de Nancy para regresar con Fabiola y entregar la intervención.

Durante esta segunda supervisión también se sugirió obtener información sobre aclarar el cambio mínimo de Nancy del proceso terapéutico.

En la tercera reunión a distancia con la Supervisora la primera observación que hace es con respecto a la ejecución de la entrevista inicial, ella comenta que la terapeuta se notaba ansiosa, en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI el terapeuta debe mantenerse tranquilo para lograr una adecuada filtración de la información proporcionada por el cliente.

Posteriormente, Karin Schlanger realiza una corrección en cuanto a las premisas de este Modelo Terapéutico, donde se refiere a obtener la interacción completa hasta que esta termine, de lo contrario no obtenemos la información completa y no es posible ver el circuito de retroalimentación y las acciones que mantiene el problema.

Otro elemento que resalta la Supervisora en el momento de la supervisión es poner en contexto las limitaciones físicas que tiene Nancy, este es un elemento que pertenece a las premisas de este Modelo, ya que respetamos la ecología del sistema y no se le pide a los clientes acciones que no estén de acuerdo a su contexto de vida.

Karin Schlanger da una indicación de cómo preguntarle a Nancy si quiere o no asistir a clases de Educación Física, esto con el fin de otorgarle control sobre su decisión. Del mismo modo es una pregunta que abarca la premisa de “No normatividad”, ya que no se asume que Nancy quiera o no asistir a la clase.

Al finalizar esta sesión de supervisión clínica se destacan elementos para modificar la forma de relacionarse de Nancy con su contexto dentro del salón de clases, por ejemplo, que desarrolle diferentes habilidades.

## 8. Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos se demuestra que la supervisión clínica cubre los objetivos de acuerdo a lo descrito por De Lebl (2000) y Schmelzer (como es citado en Daskal, 2008). Ofrece una orientación y conocimiento a través de una instrucción acerca del caso al que se enfrenta el terapeuta, a través de realizarle algunas preguntas, ofreciendo diferentes sugerencias para abordar el problema de los usuarios que asisten al servicio de psicología, o bien, directivas de tratamiento e intervención en el caso para su pronta solución.

Los resultados descritos indican que uno de los objetivos que se persigue durante la supervisión clínica es aumentar las habilidades ejecutivas, conceptuales y perceptuales del terapeuta, ya mencionado por Goldenberg (como es citado en De Lebl, 2000). De acuerdo con los resultados las habilidades ejecutivas son las que se ven más beneficiadas por la supervisión clínica, tomando como referencia que se enseña a pensar de manera sistémica.

En el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI, una de las cosas más complicadas de llevar a cabo es el pensar de manera sistémica y pasar del pensamiento lineal al pensamiento circular, de acuerdo con lo visto en el análisis de la supervisión es claro cuando la supervisora le pide obtener la escena completa de la interacción, de lo contrario estamos dando por hecho algunas acciones que realizan los usuarios. Esta es una de las ventajas que tiene someterse

a un proceso de supervisión, el crecimiento personal como profesional de las habilidades como terapeuta.

Particularmente en el Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI a diferencia de modelos de terapia tradicionales, es un modelo de influencia, donde a través del lenguaje se influye en el cliente para que siga ciertas indicaciones o piense su problema de distinta manera y así encaminar el proceso hacia el cambio (Comunicación personal, Clara Solís, 2018). De acuerdo con la evidencia de la supervisión presentada anteriormente, se logra observar el cómo se cuida el lenguaje y el cómo se presentan las ideas con Nancy y Fabiola, cada estrategia planeada de manera cuidadosa para lograr el mayor impacto en el cliente y lograr esa influencia sobre él.

La modalidad para esta supervisión fue indirecta, es decir, se llevó a cabo a través de la aplicación Skype, estando la terapeuta en la Ciudad de México y la supervisora en Palo Alto California, se organizó la información de acuerdo con el esquema técnico del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI y se presentó a la supervisara Karin Schlanger. La supervisión indirecta suele ser más útil y eficaz con la transcripción del caso completo y así tener una imagen fiel de los diferentes intercambios comunicacionales entre el terapeuta y el usuario.

Por la obtención de estos resultados, se puede afirmar que la supervisión clínica durante la formación del terapeuta desarrolla y potencializa las habilidades en terapia, haciéndolo así más hábil en los casos clínicos que se le presenten en un

futuro, ya que durante el proceso se le dota de herramientas útiles que podrá utilizar a su criterio en cada caso que se le presente.

Para posteriores investigaciones se sugiere realizar el análisis de un proceso de supervisión de terapeutas novatos, ya que en el caso expuesto en esta investigación, el proceso de supervisión fue de una terapeuta avanzada en el manejo del Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI, donde las habilidades conceptuales y perceptuales son finas y desarrolladas casi por completo a diferencia de un terapeuta novato donde el adentrarse en este modelo es una aventura y una invitación a pensar y dirigirse de manera diferente tanto en su vida profesional como en su vida personal. “Cuando te pica el bicho del sistémico no vuelves a ver las cosas de la misma manera” (Comunicación Personal, Karin Schlanger, 2016)

## 9. Conclusión

De acuerdo a los resultados descritos anteriormente se concluye que los objetivos planteados al inicio de esta investigación se cumplieron, ya que el estar bajo un proceso de supervisión clínica ayuda a desarrollar el pensamiento cibernético, prestar constante atención a las interacciones en los problemas, este aspecto se puede leer en la literatura, sin embargo, de manera personal, es una de las habilidades más complicadas de adquirir y desarrollar. El Modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del BTC del MRI, es un modelo aplicable a cualquier tipo de problema, ya que sus premisas, interaccionales, no normativas, no patológicas, ayudan a focalizar el problema de manera diferente sin buscar que los clientes encajen en la “normalidad” o “sanidad”.

También, dicho proceso de supervisión afina la escucha activa para organizar la información que los clientes te ofrecen durante la sesión clínica. Esta habilidad ayuda a ejecutar intervenciones de oportunidad, intervenciones que si no escuchas atentamente al cliente puedes perder oportunidades para lograr un cambio, citando a la Profesora Clara Haydee “volar el balón frente a la portería”. Dentro de estas habilidades el observar atentamente a los clientes se hace referencia al primer axioma de la comunicación: “Es imposible no comunicar”, en todo momento los clientes nos están dando información, desde un gesto en el momento de la entregar alguna tarea o un mensaje, la forma de presentar el problema con algún ademán o un llanto que viene de manera “repentina”, todo esto es información valiosa para el terapeuta.

Como terapeuta en formación, concluyo que la madurez de las habilidades para una terapia eficaz es un constante esfuerzo, leer en repetidas ocasiones los libros de autores originales del modelo, la asistencia a cursos de actualización y sobre todo llevar el proceso de supervisión, que, de manera personal es un elemento que no puede faltar a un terapeuta.

## 10. Referencias

- Anger-Diaz, B., Schlanger, K., Rincón, C., y Becerra, M. (2004). Problem-solving across cultures: Our latino experience. *Journal of Systemic Therapies*, 23(4), 11-27.
- Aréchiga, H. (2000). *Conceptos. Homeostasis*. México: UNAM.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar: Los personajes y las ideas*. Buenos Aires: Paidós.
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Boscolo L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires: Amorrórtu.
- Cade, B. y O'Hanlon, w. (2001). *Guía Breve de la Terapia Breve*. Barcelona: Paidós.
- Calderón, A. (2018). *El Modelo de Terapia Breve aplicado a la consulta abierta de psicología en una Clínica Universitaria*. FES Zaragoza, México: UNAM.
- Carrasco, O. (2018). *Propuesta operativa para optimizar el funcionamiento del programa de Servicio Social: Atención Psicológica para el público en general de la CUAS – Tamaulipas*. FES Zaragoza, UNAM: México.
- Cardona, E. (2015). *Análisis de los avances propuestos por el modelo avanzado de terapia breve estratégica del centro de terapia estratégica comparado con el modelo de terapia breve: Brief Therapy Center del Mental Research Institute* (tesis de licenciatura). FES Zaragoza, UNAM: México.
- Castellanos, O. (2014). *Aplicación del método de investigación análisis de marcos recursivos en un estudio de caso*. (tesis de licenciatura). FES Zaragoza, UNAM: México.
- Ceberio, M. y Linares, J. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós.
- Chaney, S. (1993). *Taller de Entrenamiento en Terapia Breve MRI. Material de Trabajo*. México: Grupo Palo Alto México.
- Cruz, J. (2009). Enfoque estratégico y formación de terapeutas. *Terapia Psicológica*, 27(1), 129-142.
- Daskal, A. (2008). Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 215-224.
- De Lebl, B. G. (2000). Supervisión clínica. *Revista Ciencia y Cultura*, (8), 87-95.

- Díaz, G. (2015). *Grupo Palo Alto y nuestro trabajo en las escuelas*. Recuperado de <http://gloriadiaz.es/ideas-y-acciones/> el día 9 de diciembre del 2016.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable: La terapia breve en casos intimidantes*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2008). *Manual de Terapia Breve, Resolución de Problemas/MRI*. Grupo Palo Alto México.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (2010), *La táctica del cambio: Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder
- Frankel, B. (1990). Process of Family Therapy Live Supervision: A Brief Report. *AAMFT Supervision Bulletin*, 3(1), 117-118.
- Garzón, D. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 4(1), 159-171.
- Gutiérrez, L. (2017). *Reporte de Servicio Social del Programa de Terapia Breve para el público en general, de enero a diciembre del 2013*. FES Zaragoza, UNAM: México.
- Grupo Palo Alto, Grupo Palo Alto. (2016). *Clara Solís*. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=e1sw5WwyWOA> el día 8 de diciembre del 2016.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Heims, S. J. (1991). *The cybernetics Group*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Liddle, H., Breunlin, D., Schwartz, R. (1988). *Handbook of family therapy training and supervision*. USA: Guilford Publications.
- Ley de Salud Mental del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. Distrito Federal, México, 23 de febrero del 2014.
- Ludewig, K. (1998). *Terapia Sistémica. Bases de teoría y práctica clínica*. Barcelona: Herder.

- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999). *Terapia Breve: Filosofía y Arte*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2007). *El Arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nelson, T., Chenail, R., Alexander, J., Crane, D., Johnson, S. y Schawallie, L. (2007). The development of core competencies for the practice of marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 417- 438
- O'Hanlon, W. (1993). *Raíces Profundas Principios básicos de la terapia de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Ray W., Watzlawick P. (2006). El Enfoque Interaccional. En A. Roizblatt (Ed.) *Terapia Familiar y de Pareja*. (pp. 191-208). Chile: Mediterráneo.
- Rodríguez, A. (1994). Terapia sistémica breve: trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido, J. García (Eds.) *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. (pp. 241-289). Valencia: Promolibro.
- Schlanger, K., Cinella, M., Diaz, G. y Gonzalez, P. (2014). Hoy en Palo: Un trabajo en Escuela Californianas con población inmigrante. En R. Medina, E. Laso, E. Hernández (Eds.). *Pensamiento Sistémico: Nuevas Perspectivas y contextos de Intervención* (pp. 73- 95). México: Litteris.
- Solís, C. y Vargas, P. (2015). El servicio de Psicología Clínica en el marco de la atención universitaria. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 5(9), 63-76.
- Thomas, M. y De Gracia, M. (2008). El origen del movimiento cibernético: Las Conferencias Macy y los primeros modelos mentales. *Revista de Historia de la Psicología*, 29(3-4), 261-268.
- Todd, T. y Storm, C. (1997) *The complete Systemic Supervisor Context, Philosophy and Pragmatics*. USA: IUniverse.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2013). *Perfil de Egreso Terapia Familiar*. Recuperado de <http://psicologia.posgrado.unam.mx/perfil-de-egreso-terapia-familiar/> el día 2 de octubre del 2017.

- Vargas, P. (2007). La visión orientada a los sistemas de interacción: El Centro de Terapia Breve del MRI. En M. García (Ed.). *Estrategias de evaluación e intervención en psicología*. (pp. 127-162). México: Miguel Ángel Porrúa editores y UNAM.
- Vargas, P., Beltrán, L., Mandujano, S., Cruz, V., (2009). La práctica de la terapia sistémica en la FES Zaragoza en C. Palacios, S. Bastar, A. Miranda, (Eds.) *La Carrera de Psicología en la FES Zaragoza: Una revisión académica y sociohistórica*. (pp. 519-532). México: UNAM-FES Zaragoza.
- Watzlawick, P. (2002). *El lenguaje del cambio: Nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (2002). *Lo malo de lo bueno*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1989). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1992). *Cambio: Formación y solución de problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., Bodin, A. (1974) Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 3(2), 141-162.
- Wittezaele, J-J. y García, T. (2004). *La Escuela de Palo Alto: Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.