



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

APLICACIÓN DEL MODELO DE TERAPIA BREVE
DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CON POBLACIÓN
LGBTTTIQ+: ESTUDIOS DE CASO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

JOSÉ MANUEL ANAYA MONTES DE OCA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: MTRA. CLARA HAYDEE SOLÍS PONCE

COMITE: MTRO. PEDRO VARGAS ÁVALOS

LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

MTRO. EDUARDO CORTÉS MARTÍNEZ

LIC. PABLO NICOLÁS REYES



CIUDAD DE MÉXICO

JUNIO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

“Ahora veo que las circunstancias en que uno nace son irrelevantes, es lo que haces con el don de la vida lo que determina quién eres”.

Mewtwo, 1998

Agradecimientos:

La gratitud es un don al que poco a poco se le ha quitado importancia o valor, el ser agradecidos no es solo un gesto de reciprocidad con quienes te han ayudado a alcanzar tu meta; si no también te permite recordar el camino que recorriste para lograr tus objetivos y así mismo no olvidar todos los aprendizajes y crecimiento personal que se desarrolló en este viaje de conocimiento.

En mi caso quiero agradecer principalmente a mi familia, haciendo un paréntesis para mencionar a mi abuela, Lourdes Avendaño, quien sin su ayuda la gran mayoría de mis logros académicos no se hubiesen consolidado.

Siguiendo esta línea a mi madre, Lourdes Montes de Oca, que siempre me apoyo en mi formación académica y personal, por su paciencia y comprensión cuando las cosas se tornaban complicadas, por nunca dejar de creer en mi capacidad para desempeñarme en el nivel de educación superior y en el área de la psicología, por incentivarme a estudiar, conocer e interactuar con diferentes contextos y fuentes de conocimiento. Infinitas gracias por nunca rendirse y hacer todo lo que estuviera a su alcance para que pudiera lograr esta meta que por fin se ha alcanzado.

Para concluir con los agradecimientos familiares quiero mencionar a mi hermana y a mis sobrinos quienes me apoyaron siempre y motivaron para no desistir en mis proyectos, por su compañía, su alegría, sus risas y sus anécdotas que hicieron más ligero los trayectos complicados y que nunca dudaron en que lo pudiera lograr.

Quiero darles las gracias a mis profesores, a todos con los que tuve la oportunidad de adquirir conocimiento y experiencias, buenas y malas, todo forma parte del crecimiento profesional y personal. Particularmente a mi maestra, Clara Solís quien siempre tuvo el interés y disposición para enseñarme todo lo que hasta ahora sé. Por compartir su tiempo como docente y aportar todo el conocimiento que estaba a su alcance para que mi formación profesional alcanzara un nivel de competencia indudable.

Al maestro Pedro Vargas, quien siempre sorprende con sus conocimientos teóricos y su manejo de la información, por esas clases y aportes que incentivaron a profundizar en el modelo de resolución de problemas y adquirir una formación excelsa para el desarrollo de la práctica clínica.

Finalmente quiero agradecer a mis amigos, Luis Tule y Tomás Taxis, quienes han influido fuertemente en mí para involucrarme en el lenguaje de la ciencia y la competencia académica y profesional, por ser excelentes profesionistas y amigos mostrando su apoyo incondicional cuando lo he necesitado.

Como un extra, más que un agradecimiento una dedicatoria para Carlos Aparicio, quien formó parte de nuestra familia y que siempre mostró un apoyo incondicional en mi formación. Sé que estarías muy orgulloso de que esta etapa por fin terminó, de todo lo que he aprendido y lo que está por venir, siempre estás presente en las cosas importantes que hacemos y esta sin duda no puede ser la excepción.

Índice

Resumen.....	1
Introducción	2
Capítulo 1: LGBTTTIQ+: ¿Qué significa?	3
Homosexualidad: ¿Quién es homosexual y quién no?	4
Transgénero	5
Capítulo 2: Terapia Breve Resolución de Problemas	7
Equipo Bateson.	7
Fundación del MRI:	10
Proyecto de Investigación del Brief Therapy Center:.....	11
Premisas del modelo:	12
Constructivismo:	13
No Normativos:	14
No Patológicos:	14
Clasificación del esquema técnico:	15
• Contacto inicial.....	16
• Encuadre terapéutico:.....	16
• Primer sesión: Definición del problema:.....	17
• Indagar Intentos de Solución:	18
• Cambio Mínimo:.....	19
• Postura y lenguaje del cliente:	20
• Capacidad de Maniobra:	21
• Diseño de Intervención:	22
• Reencuadre:	25
• Ilusión de alternativas:	26
• No apresurarse:.....	26
• Optimismo Implícito:.....	27
• Fin del tratamiento:.....	28
• Llamada de seguimiento:	29
Capítulo 3: Metodología.....	30
Justificación	30

Planteamiento del problema	30
Objetivo general.....	31
Objetivos particulares	31
Participantes.....	31
Escenario	31
Diseño y Tipo de Estudio	32
Procedimiento.....	32
Capítulo 4: Estudios de caso.....	33
Presentación del caso clínico 1	33
La otra cara de Oaxaca resumen Sesión 1: Felipe y Fernando.....	34
La otra cara de Oaxaca resumen Sesión 2: Felipe.....	38
La otra cara de Oaxaca Resumen Sesión 3: Felipe	44
La otra cara de Oaxaca resumen Sesión 4: Felipe.....	47
La otra cara de Oaxaca resumen Sesión 5: Felipe.....	49
Presentación del caso clínico 2	51
La familia tradicional Resumen sesión 1	53
La familia tradicional Resumen sesión 2	56
La familia tradicional Resumen sesión 3	59
La familia tradicional Resumen sesión 4:.....	62
La familia tradicional Resumen sesión 5	66
La familia tradicional Resumen sesión 6	70
Presentación del caso clínico 3.	73
Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 1	74
Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 2	77
Esto en el cuerpo equivocado Resumen sesión 3	81
Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 4	84
Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 5	87
Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 6	89
Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 7	91
Resultados	94
Discusión:	95
Conclusiones:	97

Anexos:.....	98
Bibliografía.....	280

Resumen

El objetivo del presente trabajo es demostrar cómo se trabajó el modelo de terapia breve de resolución de problemas con población LGBTTTTIQ+ y/o familiares pertenecientes a un sistema familiar el cual tuviera un integrante de la diversidad sexual. La solicitud de ayuda estuvo relacionada directamente con cuestiones de orientación sexual, identidad de género o expresión de género. Todos los casos fueron atendidos con terapia breve en dos de las ocho clínicas universitarias con las que cuenta la FES Zaragoza; con este propósito se eligieron tres casos cuyas características son las antes mencionadas, donde se realizó un análisis técnico sesión a sesión a lo largo del tratamiento así como una llamada de seguimiento para evaluar la eficacia del tratamiento recibido.

El primer caso es el padre de un adolescente homosexual que no logra aceptar la orientación de su hijo, en el segundo lugar se presenta el caso de un joven que no ha podido definir su orientación sexual y por último la presentación de un caso sobre una madre de familia y su hijo adolescente quien desea transicionar del género masculino al género femenino.

Palabras clave: Terapia Breve de Resolución de Problemas, terapia breve, MRI, comunidad LGBTTTTIQ+, género, transición, mujer trans, homosexual, sistema familiar, clínica universitaria, psicología clínica.

Introducción

El campo de la psicología clínica busca atender las necesidades poblacionales en distintos niveles, uno de ellos es a través de la atención psicológica. Existen diferentes modelos psicoterapéuticos que proporcionan tratamiento, no obstante son pocos los que no asumen una explicación causal del comportamiento y por lo tanto no ejercen juicios de valor o utilizan categorías diagnósticas para referirse a las diferentes particularidades que se presentan en un consultorio de psicología clínica.

Las reformas legislativas que hoy día permiten el matrimonio igualitario en todo el país y la penalización de las llamadas terapias de conversión (Gobierno de la Ciudad de México, 2020) visibilizan los derechos y la necesidad de tener servicios de salud dignos para la población LGBTTTIQ+ diversidad sexual, la atención psicológica es uno de ellos, sin embargo, estos servicios no siempre son aptos para esta población ya que actúan desde una visión tradicional y normativa.

El modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del Brief Therapy Center del Mental Research Institute (MRI) cuenta con las bases que le permiten abordar un problema desde una perspectiva que en la mayoría de las ocasiones es poco apreciada, ya que el mundo en el que estamos inmersos tiene una mirada lineal sobre los fenómenos psicosociales de los que estamos rodeados.

De acuerdo con Anger-Díaz et al., (2003) el pensamiento cibernético y antropológico en el que el MRI se basa le da la oportunidad al terapeuta breve de observar de forma circular los problemas y realizar un cambio que eventualmente atraerá otros dentro del sistema familiar en forma de una onda expansiva o del efecto dominó (Fisch y Schlanger, 2002).

En el presente trabajo se describe qué es la terapia breve de resolución de problemas y cómo se implementa en la consulta de psicología clínica para posteriormente mostrar su aplicación con población LGBTTTIQ+ y proponer este modelo de terapia como una alternativa en los servicios de salud mental en nuestro país.

Es así como se introduce al lector al presente trabajo, que se compone de 4 capítulos y las variables a analizar son la Terapia Breve de Resolución de Problemas, la comunidad LGBTTTIQ+, sus familias y la eficacia de la Terapia Breve.

Capítulo 1: LGBTTTIQ+: ¿Qué significa?

En la actualidad la diversidad sexual se define bajo el acrónimo LGBTTTIQ+, pero esto no siempre fue así, durante muchos siglos toda expresión perteneciente a la diversidad sexual estaba englobada en el término homosexualidad, conforme el colectivo gay comenzó a realizar protestas en rechazo a la marginación, acoso y violencia que vivían día con día los pertenecientes a las minorías sexuales, El movimiento más grande que detonó la lucha constante de los derechos no solo de homosexuales, sino además de personas lésbicas, bisexuales y transexuales, nace en Estados Unidos en el conocido “Disturbio de Stonewall 1969” (Canal CARKI PRODUCTION, 2020, 9m0s) esto dio origen al primer acrónimo para referirse a la diversidad sexual, este era conocido como LGBT.

Nada refleja esta creciente transformación del movimiento por los derechos de los homosexuales en el movimiento de las minorías sexuales que el uso de siglas para describir a este grupo. Lo que antes se conocía simplemente como la comunidad gay se convirtió en la comunidad de lesbianas y gays, seguida de la adición de la comunidad bisexual y luego la comunidad transexual. Obviamente es un término demasiado largo para decirlo, rápidamente se convirtió en un acrónimo, la comunidad LGBT (Swain, 2007).

El acrónimo actual, LGBTTTIQ+ de acuerdo con la Copred (2018) se desglosa de la siguiente forma:

L: Referente a la expresión lésbica de la sexualidad, por lesbiana se refiere a una *Mujer que se siente atraída erótica y/o afectivamente por mujeres.*

G: De Gay, engloba a aquellos hombres que se sienten atraídos por otros hombres, de forma sexual, erótica y/o emocional.

B: De Bisexual, para nombrar aquellos hombres y mujeres que sienten atracción física, sexual emocional y/o erótica por ambos sexos, femenino y masculino.

T: Para Transgénero, individuos, mujeres y hombres que no se sienten identificados con su género asignado al nacer.

T: De Travestis, hombres o mujeres que usan prendas, ropa, que usualmente se asocian como pertenecientes al sexo opuesto.

T: Transexual: Son aquellos individuos, hombres y mujeres que llevan a cabo una transición que a menudo incluye una intervención quirúrgica para modificar los genitales y de este modo poder asemejarse al sexo con el que el individuo se siente identificado.

I: Intersexual: Para representar a todas aquella personas que han nacido con características biológicas de ambos sexos, anteriormente llamados hermafroditas.

Q: De Queer: término que tiene su origen en el idioma inglés para nombrar a todos aquellos que no sienten pertenencia a ninguno de los géneros masculino o femenino.

+: Por último, actualmente se utiliza el “+” para incluir dentro del acrónimo todas aquellas expresiones de diversidad sexual que no encajan dentro de las previas antes mencionadas pero que forman parte de la comunidad LGBTTTIQ+.

La presente investigación se centra en población perteneciente a las letras “G” (Gay) y “T” (Transgénero), por lo que se desglosarán a continuación en un intento por brindar al lector mayor claridad en cuanto a las características de esta parte de la diversidad sexual.

Homosexualidad: ¿Quién es homosexual y quién no?

Por muchas décadas el término homosexual se adjudicó al sexo masculino, invisibilizando a las mujeres, como si fuera una cuestión netamente varonil; socialmente aquel que se identificaba como homosexual se percibía como alguien femenino, que carecía de masculinidad o era mínima en sus ademanes, movimientos, forma de hablar e inclusive de vestir. En las sociedades de occidente los estereotipos tan marcados del hombre sumamente femenino o travestido dejaron huellas muy profundas en el inconsciente colectivo de las sociedades; por muchos años la imagen de un hombre masculino homosexual generaba mayor asombro que aquel que se mostraba excesivamente femenino ya que hay incluso sociedades y culturas en donde únicamente se considera homosexual a aquel que es penetrado; de acuerdo con Almaguer (1993) las sociedades latinas continúan mostrando su machismo “sobajando” al pasivo, ya que toma el rol femenino al ser quien “recibe” poniendo en un papel de superioridad al dominante, es decir al que somete y penetra.

Los estudiosos del tema comenzaron a desarrollar diferentes investigaciones y los colectivos comenzaron a reunirse, concentrando así afluencias de gente que mostraba que la diversidad sexual difícilmente se rige por lo que hasta en ese momento se conocía sobre cómo se expresa y sobre las características físicas o de “comportamientos” femeninos de sus individuos. La identidad implica por consiguiente una coincidencia de deseos, sentimientos, actos y conciencia que culmina en la aceptación de uno como homosexual en un acto de autodefinición (Castañeda, 2014). Aunado a ello la presencia de las mujeres, lesbianas femeninas y masculinas abrió la brecha para el sexo femenino y visibilizar que existen y que siempre han estado en las sociedades del mundo.

En la actualidad es difícil categorizar por sus características físicas o de expresión si alguien es homosexual, lesbiana e inclusive bisexual ya que las nuevas identidades y aperturas culturales han permitido que las personas adopten y adapten características que ya no pertenecen únicamente a ciertos estratos sociales. “Por homosexual se entiende la persona cuyas atracciones primarias afectivo-eróticas son con personas del mismo género” (Ardila, 2008); es decir,

hombres que se sientan atraídos en estos ámbitos por otros hombres y de la misma forma ocurre con las mujeres que se sienten atraídas por otras.

Pueden mostrarse masculinos, femeninos, ser corpulentos, delgados, con cabelleras frondosas o con calvicie, ser mestizos, de pueblos originarios, blancos etc. No hay etnia ni raza que esté exenta de que la diversidad sexual esté presente y donde no florece muchas veces es por la situación sociopolítica donde están inmersos los sujetos, son invisibilizados o peor aún, silenciados de por vida.

Transgénero

Antes de profundizar respecto al tema de las personas trans es importante hacer algunas aclaraciones respecto a la identidad de género:

La identidad de género hace referencia al género con el que cada uno nos percibimos. Todos y todas nacemos con un sexo determinado. Si tenemos órganos genitales masculinos somos varones y si los tenemos femeninos somos hembras. A pesar de esto, hay alguna gente que no se siente bien con ese sexo fisiológico (Genérela, 2010, p. 13).

Una persona transgénero es aquella que no se identifica con el rol que socialmente se le ha asignado, el cual deberá desempeñar de acuerdo con su sexo biológico; *se habla de sexo para referirse a la biofisiología sexual y de género como la forma de sentirse hombre o mujer, en este caso, influidos por la cultura* (Moreno y Puche, 2017)

Cuando un individuo, hombre o mujer, se identifica como una persona transgénero puede o no llevar a cabo una transición en la búsqueda de la construcción de una imagen física y de desempeño del rol de género opuesto al que le fue asignado.

Porque no aceptan su sexo biológico y quieren romper todas las barreras para saberse, lo más posible, biológicamente en armonía con su mente y con su corazón. Mientras se rechaza el orden convencional de los roles en cuanto es asignado a su sexo biológico, se hace lo posible por adquirir el otro rol, el que se corresponde con su cuerpo deseado (Moreno y Puche, 2017, p.145).

En Estados Unidos como en México, la población transgénero encabezó las primeras marchas en contra de las violaciones a los derechos humanos que hombres y mujeres pertenecientes a la diversidad sexual experimentaban de forma cotidiana, en Estados Unidos el caso de Silvia Rivera y Marsha P. Johnson es muestra de ello (Kuhn, 2011). Actualmente en México, activistas como Kenya Cuevas (2023) buscan generar espacios seguros donde mujeres y hombres trans puedan desarrollarse con plenitud y seguridad de que su integridad no se verá trastocada.

En el 2018, Tagle por medio de YAAJ México (2021) logró en tema de materia legal que los ECOSIG se prohibieran y castigaran, este hecho quedó plasmado en

la gaceta oficial de la ciudad de México el día 20 de Julio de 2020 realizando una descripción de los elementos que componen los Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual y la Identidad de Género.

Se entiende por terapias de conversión, aquellas prácticas consistentes en sesiones psicológicas, psiquiátricas, métodos o tratamientos que tenga por objeto anular, obstaculizar, modificar o menoscabar la expresión o identidad de género, así como la orientación sexual de la persona, en las que se emplea violencia física, moral o psicoemocional, mediante tratos crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la dignidad humana (Gobierno de la Ciudad de México, 2020).

Actualmente las terapias de conversión están prohibidas en todo el país, buscando garantizar derechos y protección a la comunidad LGTBTTTI+ el senado de México el día 11 de Octubre del 2022 aprobó la reforma del código penal federal y un artículo en la ley general de salud.

Con ello, se sancionará con dos a seis años de prisión y multa de mil a dos mil veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización, a quien realice, imparta, aplique, obligue o financie cualquier tipo de tratamiento, terapia, servicio o práctica que obstaculice, restrinja, impida, menoscabe, anule o suprima la orientación sexual, identidad o expresión de género de una persona (Senado de la república, 2022).

Capítulo 2: Terapia Breve Resolución de Problemas

Equipo Bateson.

Hablar del modelo de resolución de problemas o del modelo del MRI es adentrarse en un contexto de posguerra en los años 50's en norteamérica, rodeado de tratamientos clínicos con poco éxito y de larga duración, pacientes con estrés postraumático e interacciones familiares fragmentadas donde el surgimiento de un modelo innovador y eficiente tuvo la oportunidad de estructurarse, desarrollarse y solidificar teorías y metodologías que desde su fundación no han sufrido cambios, pues desde el inicio lo hicieron bien.

¿Cómo nace el MRI? Para fines de contexto se presenta en orden cronológico los eventos clave en el desarrollo y fundación del modelo de terapia breve de resolución de problemas.

De acuerdo con Wittezaele y García (1994) en 1942 la fundación Macy organiza su primera conferencia sobre el tema de la "inhibición cerebral" estas conferencias fueron cuna de intercambios de ideas, opiniones e inicio de colaboraciones entre las personalidades más brillantes de las diferentes ciencias; de entre los asistentes más destacados se encontraban Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener, Julian Bigelow, [...] el matemático John Von Neuman, el fisiólogo [...] Rafael Lorente de No, el neuropsiquiatra Warren McCulloch, los antropólogos Gregory Bateson, Margaret Mead, Milton H. Erickson y Lawrence Kubie (Vargas, 2004) .

De acuerdo con Vargas (2004) las conferencias Macy se vieron interrumpidas por uno de los eventos más desgarradores de la historia de la civilización humana, la Segunda Guerra Mundial, la participación de estas mentes brillantes en la defensa y ataques bélicos de Estados Unidos dio pie al desarrollo de diferentes avances científicos entre ellos teorías e investigaciones en diferentes campos de la ciencia.

Es en marzo de 1946 cuando las conferencias Macy se retoman con la participación de diferentes eminencias de las ciencias "duras" y "blandas", empieza a destacar ya que *probó ser una teoría atractiva para los investigadores interesados en las relaciones entre individuos y grupos humanos. La cibernética se tornó el soporte técnico de un campo emergente, donde confluyeron la explicación interaccional y la aparición de la terapia familiar* (Vargas, 2004, p. 7).

Hasta entonces todos los procesos "terapéuticos" estaban a cargo de ciencias como la medicina y la psiquiatría, e involucraban únicamente al paciente y la familia no tenía ningún tipo de participación activa en el tratamiento:

La profesión de terapeuta familiar surge como un apoyo a profesionales como la psiquiatría, psicología, pedagogía y sexología. Es a fines de la década de 1930 cuando se independiza de todas estas especialidades y se pronuncia como una disciplina con fundamentos teóricos (Sánchez, 2000, p. 3).

Es de esta forma que tanto la cibernética como la terapia familiar emergen de entre revoluciones humanas, físicas, ideológicas y científicas; se funda y desarrollan casi a la par. El trabajo de Bateson en sus investigaciones sobre cibernética, retroalimentación y sistemas interaccionales lo llevó a realizar investigaciones etnográficas en el año de 1949:

Durante su observación con familias de pacientes esquizofrénicos, Bateson quedó sorprendido de la gran cantidad de contextos paradójicos y metamensajes que presentaban estas familias [...] En 1952, Bateson obtuvo fondos de la fundación Rockefeller para continuar con sus investigaciones [...] junto con Jay Haley y John Weakland (Sánchez, 2000, p. 14).

Estuvieron trabajando por dos años en “un estudio de las paradojas de la abstracción en la comunicación, para lo cual utilizó la teoría de los tipos lógicos” (Cade y O’Hanlon, 2011) esto junto a Weakland, Haley y Fry quienes conformaban hasta ese momento el equipo Bateson. Para el año 1954 Bateson hace una invitación a Don Jackson para colaborar en las investigaciones; de acuerdo con Hoffman (2001) y Vargas (2004) Bateson se interesó en el término *Homeostasis Familiar* que Jackson expone en una de las conferencias dentro del hospital para veteranos en Menlo Park.

Se elige el término *homeostasis de la familia*, tomándolo de los conceptos de Claude Bernard y Cannon, porque implica la constancia relativa del medio interno, constancia que, sin embargo, es mantenida por un continuo juego recíproco de fuerzas dinámicas (Jackson, 1957, p.16).

Una vez que Bateson integra a Don Jackson en su equipo continúan el trabajo comenzando a estudiar la comunicación de los psicóticos, y desarrolla la teoría del doble vínculo [...] el proyecto de Bateson, que se divide en un enfoque experimental y un proyecto de terapia familiar hasta su finalización en 1962 (Ochoa de Alda, 1995). Es de esta forma que la visión que se tenía de la familia comienza a cambiar: La familia [...] se podía entender como un sistema que mantiene su equilibrio interno siguiendo unas reglas específicas de relación [...] la teoría sistémica, hizo posible describir la conducta humana como un fenómeno independiente y supraindividual, que se podía explicar en cada caso desde su “contexto” (Ludewig, 1998)

Es tras la publicación del artículo “Hacia una Teoría de la Esquizofrenia” (Bateson et al., 1956) que se inicia el interés por la conducta real de la familia en relación con el paciente esquizofrénico. Y fue entonces cuando se percibió una grieta entre la idea de niveles de mensaje (doble vínculo) y los datos crudos que aparecían en registros de audio y película [...] debido a esta grieta fue evidente que se necesitaba un modelo más preciso para describir una familia en conversación (Vargas, 2004).

La Teoría del doble vínculo revolucionó la forma en que se percibe la esquizofrenia, una de las enfermedades mentales que posee un tinte de “gravedad” y sufrimiento no solo para el individuo que la desarrolla sino para el sistema familiar del mismo. Bateson et al., (1956) postulan en la teoría del doble vínculo, la hipótesis de que esta enfermedad mental tiene su origen, desarrollo y perpetuidad en la comunicación que se establece entre dos o más miembros de un sistema familiar.

Las proposiciones establecidas en este artículo permitieron pasar de una explicación psiquiátrica tradicional, que considera al síntoma como algo inherente al hombre, a lo que empezaría a manejarse como una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal o al contexto: “la enfermedad mental” empezó a considerarse dentro de los patrones específicos de interacción (Vargas, 2007, p. 130).

En los estudios que desarrolló el equipo Bateson y su trabajo directo con familias de pacientes esquizofrénicos se observó que el doble vínculo se forjaba habitualmente entre la madre y el sujeto. La identificación de ello no únicamente sirvió para hacer una descripción de los niveles lógicos de comunicación que se alteran en ese sistema, sino además para realizar una precisa puntuación de las implicaciones de cualquier tratamiento psicológico que pudiese ser de ayuda para el paciente.

Según nuestra teoría, la situación de comunicación que se ha descrito es esencial para la seguridad de la madre y, por inferencia, para la homeostasis de la familia. Si ello es así, entonces, cuando la psicoterapia del paciente lo ayuda a hacerse menos vulnerable a los intentos de control de la madre, se producirá ansiedad en esta [...] Tenemos la impresión de que, cuando existe un contacto perdurable entre el paciente y la familia (En especial cuando el paciente vive en su hogar durante la psicoterapia), ello conduce a una perturbación (a menudo grave) en la madre, y a veces en ella, el padre y otros hermanos (Bateson et al., 1956, p. 250).

Derivado de los descubrimientos y desarrollo del trabajo que habían llevado en los últimos años Jackson, dentro del equipo Bateson, tuvo la necesidad de estructurar un modelo teórico que pudiese dar explicación al proceso terapéutico. No obstante [...] el mismo Bateson no compartía ni alentaba esta idea. Con el objetivo de profundizar sobre el tema creó en 1959 el Mental Research Institute (MRI) (Vargas, 2007).

Fundación del MRI:

Don Jackson funda en Palo Alto, California en 1959, el Metal Research Institute (MRI), una pequeña asociación privada con el objetivo expreso de estudiar y formalizar un método de terapia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004). Inicialmente el equipo del MRI está conformado por Don Jackson, Virginia Satir y Jules Riskin, quienes comienzan a desarrollar métodos y teorización sobre el trabajo clínico terapéutico con las familias que acudían al servicio.

En noviembre de 1958, con la ayuda de algunos amigos influyentes, nació el Mental Research Institute (MRI). Nuestra primera beca comenzó a regir en marzo de 1959, y el personal estaba formado entonces por quien firma esta presentación, el doctor Jules Riskin, Virginia Satir y una secretaria inexperta y aterrorizada. El proyecto Bateson conservó su autonomía, aunque estaba estrechamente relacionado con nuestro trabajo. El MRI, que funcionaba bajo los auspicios de la Palo Alto Medical Research Foundation [...] continuó creciendo hasta que se separó, constituyendo una fundación autónoma con su propio personal administrativo y su junta de directores (Jackson, 1977, p. 7-8).

Don Jackson trabajó de manera conjunta en el equipo Bateson y en el MRI, aunque estos nunca fueron parte del mismo proyecto se complementaban e intercambiaban información de sus hallazgos en las respectivas investigaciones y proyectos que realizaban. Una de las principales actividades del MRI más destacables, además de los proyectos de investigación y teorización que se habían venido desarrollando, es la formación de terapeutas que de acuerdo con Bodín (1981) Wittezaele y García (1994) y Vargas (2007) esta actividad estaba a cargo de Virginia Satir quien incorpora los elementos tradicionales que componen el clásico consultorio del MRI que podemos apreciar en los diferentes Videos de Training que se presentan a los alumnos de psicología clínica en la materia de practica supervisada con los profesores (Solís y Vargas, 2015).

Las investigaciones y trabajo del equipo Bateson concluyen en 1962 por lo que los miembros de este, a excepción de Bateson, se integran al equipo del MRI, el trabajo, e investigaciones del Mental Research Institute con las familias continúa arrojando elementos para desarrollar las bases teóricas de lo que más tarde se estructuró como el modelo de resolución de problemas.

Posterior a varios años de trabajo, investigaciones, usuarios y teorización, aunado a la integración de Richard Fisch en 1959, él iniciaba en el MRI el proyecto de terapia breve que iba a tener un profundo efecto sobre el desarrollo de los enfoques breves/estratégicos (Cade y O'Hanlon, 2011). A estas alturas de la historia, el MRI y su equipo de trabajo habían alcanzado el suficiente prestigio e independencia contando con varios psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de las ciencias sociales que conceptualizaban a la familia como un sistema de interacción social (Vargas, 2007).

Proyecto de Investigación del Brief Therapy Center:

Con la integración y participación activa de Richard Fisch, Psiquiatra, el equipo del MRI desarrolla trabajos no solo prácticos sino teóricos sobre lo que comienza a sentar las bases del modelo de resolución de problemas. De acuerdo con Vargas (2007) es en 1965 que Fisch le plantea a Jackson la idea de la creación de un centro de terapia para poder no solo continuar con las labores y desarrollo de actividades del modelo de terapia para el trabajo con familias si no también poder enseñar y replicar ese modelo con quienes está interesados en aprender.

En el año de 1966 Fisch logra fundar el Brief Therapy Center, por sus siglas en inglés (BTC): Cuando en 1966 iniciamos nuestro proyecto, el centro de terapia breve [...] sabíamos que íbamos en contra de las ideas convencionales al centrar la terapia en la dolencia expresada por el paciente, sin buscar las causas “más profundas” (Fisch y Schlanger, 2002, p. 15).

Es de esta manera que el MRI da un giro nuevo en su desarrollo de actividades ya que con la creación del BTC no solo se desarrollan proyectos de análisis e investigación dentro de los problemas de la familia, sino además se brindan servicios de atención clínica:

El MRI se convierte además en una clínica psicoterapéutica (no residencial), con la fundación del Brief Therapy Center. Bajo la dirección de Richard Fisch, Paul Watzlawick, John Weakland y Arthur Bodin, se propone utilizar racionalmente las técnicas intuitivas de Jackson y Milton Erickson (Winkin, 2005, p. 52).

Desafortunadamente Jackson pierde la vida en 1968, por lo que el equipo del BTC dedica sus esfuerzos por replicar dentro de su modelo de terapia el estilo de entrevista clínica de Jackson y las intervenciones innovadoras de Milton H. Erickson, con quien Haley y Weakland trabajaron en conjunto desde su participación en el equipo Bateson:

La influencia de Milton Erickson sobre el desarrollo de los enfoques breves/estratégicos ha sido enorme. Sus actitudes y su genio inventivo ejercieron una influencia considerable durante el desarrollo temprano de los enfoques de la comunicación, centrados inicialmente en el proyecto de investigación de Gregory Bateson (Cade y O'Hanlon, 2011, p. 19).

De acuerdo con diferentes autores, Vargas (2004) (2007), Erickson (2000), O'Hanlon (1993) Winkin (2005), los aportes de Milton H. Erickson fungieron como un pilar fundamental en el trabajo y formación de psicoterapeutas y el desarrollo de teorías ya que gracias a la participación de Milton Erickson diferentes intervenciones y teorías pudieron generar puentes para dar explicación a fenómenos que parecían “mágicos” en el proceso de cambio. Dentro de este estilo de vida pragmático que caracterizaba a Erickson es de donde se originan las bases para el nuevo rumbo que tomaría el modelo de terapia breve del MRI.

El Brief Therapy Center desarrolla las diferentes actividades de investigación y formación para terapeutas que desean adentrarse en el modelo de resolución de problemas y para aquellos que ya dentro de esta formación continúan actualizándose como terapeutas breves, tras 27 años de esta labor dentro del MRI, en el año 1993 se funda el Brief Therapy Center Latino:

En 1993, un grupo de terapeutas latinoamericanos y de activistas comunitarios nos reunimos para establecer un centro con dos metas principales en mente. La primera era satisfacer el interés en estudiar la aplicación del modelo de Terapia Breve desarrollado en el MRI [...] La segunda meta era llenar el vacío que había [...] en los servicios que se ofrecen a la siempre creciente población hispana en el área de Palo Alto (Anger-Díaz et. al, 2003, p. 51).

La creación del Centro de Terapia Breve Latino, abrió una posibilidad que hasta entonces había sido un poco limitada, principalmente por el idioma, para aquellos que requerían servicios de atención clínica en psicología y a su vez para aquellos psicólogos y terapeutas en formación que deseaban poder tener intercambios mayormente claros en cuanto a la parte teórica y en el entrenamiento. En el Centro de Terapia Latino los entrenamientos continuaron con la línea tal cual lo hacían desde el inicio del BTC:

En el centro latino trabajamos en equipo y los terapeutas nos turnamos para atender los casos. [...] trabajamos con individuos, parejas y familias. El grupo está conformado por terapeutas tanto expertos como en entrenamiento [...] un terapeuta trabaja con el cliente y el resto lo hace detrás del espejo de una vía (Anger-Díaz et al., 2003, p. 52).

El Mental Research Institute (MRI) “cerró sus puertas de manera definitiva en septiembre de 2019, el BTC sigue en funciones manteniendo la difusión de la terapia breve del Modelo de Resolución de Problemas en Chile, Paraguay, México y España” (C. Solís, comunicación personal 23 de Julio de 2022).

Premisas del modelo:

El modelo de resolución de problemas se caracteriza por tener premisas que hicieron una distinción radical de este sobre otros modelos, de aquellos que partieron desde la perspectiva médica y posteriormente los que surgieron con la finalidad de detectar y corregir “problemas” o conductas que salen de la norma o de lo que se espera de la normatividad con que se rige el campo de la conducta humana.

Importante mencionar que el modelo de resolución de problemas al tener sus bases de fundamento en ciencias como la antropología, la comunicación y la cibernética toma una postura en contrasentido a lo que se esperaría de un modelo clásico de la psicología pues no busca orígenes o causas para los “problemas”

que los clientes traen a la terapia; el pensamiento sistémico desarrollado en la clínica basa su metodología en la acción y no en la explicación, en saber cómo y no por qué (Ceberio y Watzlawick, 2006).

La más peligrosa manera de engañarse a sí mismo es creer que solo existe una realidad; que se dan, de hecho, innumerables versiones de la realidad, que pueden ser muy opuestas entre sí, y que todas ellas son el resultado de la comunicación, y no el reflejo de verdades eternas y objetivas (Watzlawick, 1981, p. 7).

La forma de actuar del modelo de resolución de problemas se rige principalmente por una visión interaccional, herencia de la cibernética, quien promueve observar al individuo y sus interacciones con los otros, como con la familia, como sistemas que interactúan, y se retroalimentan con la finalidad de coexistir y desarrollarse.

Constructivismo:

El constructivismo es una pieza fundamental que dio identidad y perspectiva al modelo de resolución de problemas, ya que permite al terapeuta de resolución de problemas comprender como todos y cada uno de los individuos creamos nuestra realidad y como esas realidades, en la mayoría de las ocasiones, convergen y compaginan con las realidades de aquellos con los que interactuamos y convivimos en diferentes ámbitos de nuestra vida:

El constructivismo moderno analiza aquellos procesos de percepción, de comportamiento y de comunicación, a través de los cuales los hombres forjamos propiamente, y no encontramos por casualidad- como todos ingenuamente suponemos-, nuestras realidades individuales, sociales, científicas e ideológicas (Watzlawick, 1992, p. 123).

El terapeuta breve debe estar consciente de que no hay una realidad absoluta o una única forma de vivir la vida, ya que todas las realidades y concepciones del mundo son válidas y tiene pertinencia dentro de su contexto de desarrollo, es el contexto quien otorga que esas conductas, ideas, pensamientos, acciones, tengan significado o pertinencia:

Un principio básico del enfoque es una visión relativista o construccionista de la realidad: que la naturaleza "verdadera" de las cosas no se puede conocer y que lo que generalmente se considera como "hechos", "descubrimientos" y "verdades" son construcciones conceptuales (Fisch, 1988, p. 78).

El constructivismo le brinda al modelo de resolución de problemas la flexibilidad de poder trabajar con cualquier individuo o con cualquier problema que se presente en el consultorio, ya que no se tiene una única realidad a la que el cliente esté sujeto a adaptarse en pro del funcionamiento del tratamiento y el éxito de este.

No Normativos:

Siguiendo la línea de las bases antropológicas que posee el modelo de resolución de problemas y tomando como referencia el constructivismo como una forma de interpretar las realidades de cada uno de los individuos, el modelo no establece una norma o parámetro para indicar cuales acciones o actos pueden ser considerados como enfermedades mentales o problemas.

No pensamos en términos de normalidad ni anormalidad. Así, “enfermedad mental”, “desorden”, “disfunción familiar” son conceptos que no tienen significado para nosotros. En general, consideramos que los problemas reflejan la “condición humana” (es decir, las influencias de la cultura, las interacciones, los contextos, los cambios políticos y quizás otros eventos) (Fisch, 2004, p. 8).

Rigiéndose bajo esta premisa, el terapeuta breve, sobre todo aquel que está en formación, tiene como reto principal el reaprender a interpretar el mundo, abandonar la visión lineal y normativa sobre la que se nos educa desde los primeros años de vida, y comenzar a vivir, pensar y actuar dentro de la circularidad del pensamiento sistémico, respetando la ecología de los sistemas con los que se coexiste y convive.

Al modificar el pensamiento lineal por uno circular le proporciona al terapeuta breve, la flexibilidad de poder trabajar con el problema que se le presente sin ejercer juicios de valor, o sin pretender querer mostrarle al cliente cual es la forma correcta de vivir, o desear que el cliente se adapte y adopte la norma; ya que todas las personas poseen, desde su contexto y su postura habilidades para ir resolviendo sus conflictos o problemas.

Por no normativo queremos decir que no usamos ningún criterio para juzgar la salud o la normalidad de un individuo o familia. Como terapeutas, no consideramos que ninguna forma particular de funcionar, relacionarse o vivir sea un problema si el cliente no está expresando su descontento con ella (Fisch, 1988, p. 79).

No Patológicos:

Previamente se mencionó la ecología del modelo al respetar la visión del mundo que cada uno de los individuos posee, así también de evitar ejercer juicios de valor o pretender establecer un parámetro que indique cuan dentro de la norma se encuentran los clientes, el tercer pilar fundamental de las premisas del modelo de resolución de problemas es el no etiquetar, elaborar “diagnósticos” o buscar causas en pro de etiquetar conductas o patologizar las acciones que los clientes llevan a cabo.

[...] Las etiquetas de diagnóstico pueden conducir a la creencia implícita de que es imposible cambiar [...] nuestro modelo evita poner una etiqueta a una conducta no deseada y, en cambio, pretende

averiguar cómo y en qué contexto se lleva a cabo la conducta no deseada (Fisch y Schlanger, 2002, p. 35).

De acuerdo con Vargas (2007) el aspecto no patológico, hace referencia a que el terapeuta breve no ejerce juicios de valor sobre el motivo de consulta, No juzgamos la legitimidad de una queja; cada uno tiene su propia escala de valores para definir lo que es una conducta aceptable o inaceptable (Fisch y Schlanger, 2002). Que el cliente acuda a terapia no muestra que el problema que presenta sea una enfermedad mental o pone como enfermos a quienes nos consultan si no por el contrario acuden porque los recursos que tienen no han sido suficientes para resolver los problemas que enfrentan, con un poco de ayuda esos problemas y esas habilidades se resolverán y la gente puede retomar nuevamente su vida como de costumbre:

Erickson creía que las personas tienen dentro de sí las capacidades naturales necesarias para superar dificultades, resolver problemas [...] su enfoque consistía en hacer que esas capacidades naturales emergieran. Se oponía mucho a que en la psicoterapia se pretendiera enseñarle cosas a la gente (O'Hanlon, 1993, p. 19).

De acuerdo con Fisch (1994) y (2004) el modelo de resolución de problemas tiene la firme idea de que un terapeuta es de mayor ayuda cuando centra sus esfuerzos en conocer el problema actual, qué es aquello que lo está manteniendo y qué herramientas posee el cliente para lograr alcanzar ese cambio que viene a buscar dentro de la sesión, en lugar de buscar causas o intentar dar diagnósticos que pueden volverse verdades que limiten el hacer del cliente y del terapeuta.

La aplicación y replicación del modelo de resolución de problemas se puede sintetizar a través del esquema técnico, dentro de este están expresadas tanto las premisas como la particular forma de trabajo que se desarrolló tras décadas de investigación desde la fundación del MRI y posteriormente la creación del BTC.

Clasificación del esquema técnico:

El esquema técnico no puede sugerirse como "pasos" o un manual a seguir en el hacer de la terapia breve, pero si es una guía que a aquellos terapeutas en formación les permite tener claridad en cuanto a ¿Por dónde empezar? En el tratamiento con el modelo de resolución de problemas. Una vez que el terapeuta gana experiencia puede percibir que el esquema técnico puede o no cumplirse como está ordenado ya que en muchas de las ocasiones puede que durante la primera sesión se estén obteniendo elementos propios del punto 5 o 6 aun sin la intención de obtener en ese momento la información.

El esquema técnico posee la flexibilidad del pensamiento circular y brinda al terapeuta la capacidad de trabajar sea cual sea el problema que se presenta en consulta, para ello es importante tener en mente que *El modelo de terapia breve*

del MRI se basa en la creencia de que los problemas se originan y son mantenidos por el modo en que un cliente o las personas involucradas perciben y abordan las dificultades normales de la vida (Cade y O'Hanlon, 2011).

- **Contacto inicial**

A diferencia de otros tratamientos o terapias, en el modelo de resolución de problemas, el tratamiento da inicio desde que el terapeuta tiene el primer contacto con el cliente; *Cualquier contacto con el cliente puede afectar al tratamiento [...] cuando los pacientes llaman solicitando una consulta o determinada información acerca del tratamiento* (Fisch et al., 2003).

Es importante que el terapeuta procure no recoger demasiada información durante este primer contacto ya que es preferible que este esté libre de prejuicios o impresiones preconcebidas sobre el motivo de consulta pese a que pueden haber clientes que ya desde este primer momento quieran exponer la causa de su solicitud de ayuda el terapeuta debe lograr que el cliente reserve tal información con la cual iniciará la primer sesión en el consultorio.

- **Encuadre terapéutico:**

Posterior al contacto inicial el terapeuta breve debe establecer el encuadre terapéutico dentro del cual se establece un contrato donde se fijaran horario de atención, duración de la consulta, duración del tratamiento; el cual suele ser de 10 sesiones como máximo; *en nuestro proyecto de investigación clínica, nuestros tratamientos tiene una duración de un máximo de diez sesiones* (Fisch y Schlanger, 2002); también se informa y se pide que el cliente acepte el formato de trabajo el cual incluye la grabación de las sesiones en audio y/o video y se comunica la presencia del equipo terapéutico el cual suele estar detrás del espejo unidireccional.

El terapeuta está estableciendo un contrato: cuanto más claro sea, tanto más organizada será la terapia; por el contrario, si los problemas y cambios deseados se formulan de manera confusa y oscura, sin procurar aclararlos, resultará más difícil lograr [...] las probabilidades de éxito (Haley, 2005, p. 53).

Cuando se establece un problema que no es trabajable, ya sea porque es algo ambiguo, que no depende directamente del cliente, o es algo en lo cual el terapeuta tiene muy pocas o nulas posibilidades de lograr influir dentro de ello para alcanzar un cambio el tratamiento está destinado a fracasar, por lo tanto es siempre responsabilidad del terapeuta breve que estos sean definidos en términos concretos, en acciones y que puedan ser alcanzados por el cliente con ayuda del terapeuta.

- **Primer sesión: Definición del problema:**

El objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso; naturaleza de la enfermedad, cómo se está afrontando al problema, objetivos mínimos del cliente, y actitud y lenguaje del cliente (Fisch et al., 2003, p. 89)

Dentro del modelo de resolución de problemas nos centramos en el presente, por lo que únicamente en condiciones especiales preguntamos por el desarrollo pasado del problema, preferimos centrarnos en el aquí y ahora, y en cómo es que el problema que trae al consultante, en la actualidad continua presentándose y qué hace o hacen los miembros del sistema que están involucrados dentro del problema.

[...] al principio de la primera sesión siempre preguntamos: “¿Cuál es el problema que le ha traído aquí?” La pregunta también sirve para demostrarle a la persona que su problema es lo primero y, por lo tanto, lo más importante, centrándose así la terapia en el presente (Fisch y Schlanger, 2002, p. 30).

Preguntar directamente por el problema que trae al consultante a la sesión, proporciona al terapeuta gestionar mejor el tiempo y lograr un tratamiento breve, suponiendo que el cliente conteste de forma concreta y directa la pregunta del terapeuta. En algunas ocasiones los consultantes pueden tener la sensación de que es vital que el terapeuta conozca el desarrollo, historia en que tiene origen el problema, dentro del modelo de terapia breve de resolución de problemas no adjudicamos demasiada importancia a conocer el origen del problema en pro de hallar una estrategia o intervención que sea eficaz en la mejora o anulación de la dolencia.

Puesto que pensamos que los problemas consisten en una conducta presente indeseada, atribuimos escasa importancia a los hipotéticos factores subyacentes en el pasado o en las profundidades de la mente del enfermo (Fisch et al., 2003, p. 30).

Es necesario que el terapeuta breve pueda hacer un filtrado de información al momento de preguntar por el problema que trae a la consulta al cliente, ya que el consultante puede exponer “pseudoproblemas” o plantear que hay diferentes cuestiones que le causan molestia o malestar y querer abordar todas ellas dentro del tratamiento.

Un problema ha de ser ante todo un problema. Lo que queremos decir con esto es que la traducción a términos concretos de un problema vagamente formulado permite la distinción crucial entre problemas y pseudoproblemas. [...] una queja no está basada en un pseudoproblema, la realización de la primer etapa revelará el problema en términos tan concretos como sea posible y ello

constituye una lógica condición previa en la búsqueda de su solución (Watzlawick et al., 1992, p. 136).

Dentro de la terapia breve no existen problemas o quejas que sean mayormente apremiantes o de menor importancia, el terapeuta breve debe estar consciente que dentro del contexto en que tiene lugar la queja, posee un valor y preocupación para el cliente igualmente de legítimo que lo tiene para quien expone un problema que podría parecer a ojos de otras personas como de mayor delicadeza o complejidad.

Las características de la conducta pueden diferir según la persona, y la conducta que es motivo de queja puede variar en función de una serie de factores. Los síntomas de una dolencia pueden ser muy idiosincráticos: lo que para una persona puede ser un problema, para otra puede ser muy normal (Fisch y Schlanger, 2002, p. 22).

La importancia de la definición del problema, radica en que es el punto crucial de inicio y desarrollo del tratamiento ya que [...] hemos llegado a dar una importancia primordial al esclarecimiento del problema, viéndolo como la tarea principal y más estratégica de la terapia; todos los demás aspectos del tratamiento fluyen a partir de ese único dato [...] (Fisch, 1988).

Por último en cuanto a este punto, es importante remarcar que el terapeuta breve trabajará con aquello que el consultante manifieste como el problema o como la queja que para él o ella representa una molestia o dificultad y nunca con aquello que el terapeuta cree que es la “verdadera” razón o problema del cliente *El foco de la terapia es lo que el cliente considera problemático y no lo que el terapeuta considera que es el problema o lo que se debería tratar* (Anger-Díaz et al., 2003).

- **Indagar Intentos de Solución:**

El paso siguiente consiste en preguntar qué es lo que han estado haciendo para solucionar o afrontar el problema todas aquellas personas íntimamente relacionadas con él (Fisch et al., 2003). Es importante hacer esa revisión ya que usualmente en la queja o problema planteado a trabajar, hay más de una persona involucrada, y pueden, con la mejor de las intenciones, estar realizando acciones con la finalidad de encontrar una solución al problema.

Las soluciones intentadas son, pues, aquellos mecanismos que no solo no resuelven el problema, sino que más bien lo mantienen y lo hacen más profundo (Watzlawick, 1992). Desde luego estas son llevadas a cabo con la mejor de las intenciones sin embargo *las familias quedan atrapadas en pautas disfuncionales cuando se aferran a soluciones que no funcionan. El truco consiste en conseguir que prueben algo diferente* (Haley y Richeport-Haley, 2006).

Para nuestra forma de hacer la terapia de manera expeditiva, esta característica es el factor más estratégico en nuestro modelo, ya que la información sobre los intentos del cliente proporciona la pauta de

lo que debe ser un esfuerzo diferente para el cliente. La claridad sobre esto puede ahorrar un tiempo considerable, ya que evita la posibilidad de que la terapia se desvíe de la dirección (Fisch, 1994, p. 134).

Mientras el terapeuta explora las soluciones intentadas no solo está recolectando información sobre cómo se ha perpetuado el problema, sino además está obteniendo información sobre la postura del cliente y el sistema, es decir, los miembros involucrados en el problema; *una cuidadosa exploración de estas tentativas de solución no solo muestra que clase de cambio no ha de ser intentado, sino que revela también que es lo que mantiene la situación que ha de ser cambiada y donde, por tanto ha de ser aplicado el cambio* (Watzlawick et al., 1992).

La labor principal del terapeuta una vez que ha logrado identificar estos intentos de solución es lograr que el cliente y los involucrados, se alejen de estas, *el objetivo de la terapia no es conseguir que la persona haga algo, sino más bien que deje de hacer lo que hacía para resolver el problema* (Fisch y Schlanger, 2002). Es en ocasiones un actuar muy complejo, ya que las personas los llevan a cabo desde su lógica, creyendo que esto es lo mejor y lo único que pueden hacer para que el problema sea resuelto el terapeuta puede sacar conclusiones bastante precisas sobre la realidad de segundo orden en la que estos intentos de solución son aparentemente los únicos posibles, significativos, lógicos o permitidos (Watzlawick, 1992).

Dado que consideramos que el intento de solución del cliente mantiene el mismo problema para el que está buscando ayuda, entonces, lógicamente, todo lo que le decimos o sugerimos al cliente está diseñado para que se aparte de sus intentos habituales de resolverlo (Fisch, 2004, p. 8-9).

- **Cambio Mínimo:**

Una vez que el problema a trabajar está definido y se han indagado los intentos de solución, el siguiente paso crucial dentro de la terapia breve, para el modelo de resolución de problemas es establecer un cambio mínimo, que será el objetivo por alcanzar dentro del tratamiento.

Es probable que la investigación de los objetivos mínimos del tratamiento tal como se los plantea el cliente resulte más difícil que informar sobre el problema y su manejo [...] dicha pregunta sirve adecuadamente para expresar que el terapeuta se preocupa por lograr un cambio de conducta observable que resulte significativo, por pequeño que sea (Fisch et al., 2003, p. 99).

Quizá la parte más compleja de la definición de un cambio mínimo a trabajar dentro del modelo de resolución de problemas, es que el objetivo que establece

el cliente sea trabajable y alcanzable para él mismo y para el terapeuta. En muchas ocasiones los tratamientos suelen fracasar o generar una sensación de que no está llevando a ningún lado por un errado planteamiento del cambio mínimo.

Con su demanda de una meta concretamente definible y prácticamente alcanzable, protege al propio solucionador del problema contra el hecho de quedar encerrado en soluciones erróneas, complicado de este modo, más que resolviendo, el problema (Watzlawick et al., 1992). La responsabilidad de un tratamiento exitoso o no, recae sobre el terapeuta, por lo que el establecer y alcanzar el cambio mínimo que pueda generar una mejoría o eliminación sobre la queja es una tarea que se puede facilitar si se tiene un cambio mínimo trabajable que esté establecido en acciones concretas, que esté al alcance de los recursos del cliente y del terapeuta.

A diferencia de otros modelos de terapia, en el modelo de resolución de problemas, se establece un único cambio mínimo con respecto a la queja inicial, ya que creemos firmemente que un único cambio por mínimo y pequeño que sea, [...] cuando hay un cambio mínimo pero estratégico, creemos que se producirán más cambios en forma de una onda expansiva o del efecto dominó (Fisch y Schlanger, 2002), atraerá y generará otros cambios que para el cliente no están al alcance por el bloqueo que genera las soluciones intentadas.

- **Postura y lenguaje del cliente:**

Las premisas del modelo de resolución de problemas genera una diferencia sobre la forma en que el tratamiento se lleva a cabo, al ser no normativos y no patológicos, a diferencia de otros modelos, dentro de la terapia breve de resolución de problemas el terapeuta se ocupa y preocupa por entender la postura y lenguaje del cliente, con la finalidad de que el tratamiento sea breve y eficaz; *creemos que es más eficiente y efectivo "hablar el idioma del cliente" que intentar que los clientes hagan un cambio en sus valores o visión del mundo* (Fisch, 1988).

El terapeuta puede filtrar la información de la postura y lenguaje del cliente desde el momento en que se establece el primer contacto pero sobre todo en el desarrollo de la primer sesión por lo que debe estar atento a ello pues son elementos que se exponen en muchas ocasiones de forma sutil mientras el cliente hace la narración de la formulación del problema así como durante la descripción de los intentos de solución, la postura y lenguaje del cliente está presente en todo el desarrollo de la entrevista y del tratamiento.

El terapeuta no solo se esfuerza por comprender con la mayor rapidez y amplitud posible las expectativas, temores, esperanzas, prejuicios, en una palabra, la concepción del mundo de su paciente, sino que además presta atención al lenguaje en el más estricto sentido de la palabra y lo utiliza para expresar con él sus propias comunicaciones [...] el uso de ciertas palabras revela las

modalidades de sentido con que la persona en cuestión afronta primariamente el mundo (Watzlawick, 1989, p. 124).

Prestar atención a la postura del cliente es un aspecto útil de la terapia [...] ya que ayudará al terapeuta a no hacer comentarios potencialmente “estancantes” y, más aún, ayudará a enmarcar sugerencias concordantes con la “realidad” del cliente (Fisch, 1994). Cuanto mejor comprenda el terapeuta la postura del cliente, mayores serán sus oportunidades de éxito en el tratamiento ya que el cliente se hallará mayormente comprometido y abierto a las tareas o sugerencias que el terapeuta realice en el desarrollo del tratamiento.

El terapeuta breve que no otorga importancia a conocer y utilizar la postura del cliente así como su lenguaje está destinado a tener complicaciones primeramente en el desarrollo de la entrevista y posteriormente en las intervenciones que decida realizar. Una fuente potencial de fracaso es la incapacidad para presentar la intervención en un “lenguaje” que convenza a nuestro cliente y que por lo tanto le haga aceptar y cumplir gustosamente nuestras instrucciones (Watzlawick et al., 1992).

La utilización de la postura y lenguaje del cliente no únicamente reduce el tiempo del tratamiento al no pretender cambiar la forma en que este concibe al mundo, sino que también facilita que el cliente se muestre abierto a las sugerencias o directivas que haga el terapeuta lo cual es en muchas ocasiones difícil ya que el cliente tendrá que dejar de hacer lo que ha intentado hasta el momento para iniciar a realizar otras acciones que pueden o no parecerle lógicas o pertinentes.

El hecho de saber cuál es la posición del cliente nos permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia, de modo que sea probable que el cliente la acepte [...] La postura es importante porque representa una inclinación interna de los pacientes, que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta (Fisch et al., 2003, p. 110).

- **Capacidad de Maniobra:**

Además de la postura y lenguaje del cliente, otro elemento que está presente desde el inicio del tratamiento, casi siempre de forma sutil y que pasa desapercibido o carente de valor pero que es crucial en la obtención de éxito en el tratamiento es la capacidad de maniobra. De acuerdo con Fisch et al., (2003) la capacidad de maniobra puede verse a menudo amenazada inclusive desde el contacto inicial, si es que el terapeuta permite que el cliente realice condiciones en cuanto a la forma de trabajo, horarios, e inclusive sobre quién será entrevistado en la primer sesión.

El terapeuta que tiene limitaciones en cuanto a la capacidad de maniobra dentro de un tratamiento se enfrentará a desafíos que van más allá de lograr que el

cliente deje de hacer algo y comience a realizar otra acción, el primer desafío con el que se va encontrar puede ser inclusive el poder definir un problema e indagar soluciones intentadas.

La capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten (Fisch et al., 2003). Una manera de cuidar la capacidad de maniobra del terapeuta radica en la oportunidad y ritmo, es decir, el terapeuta no está en la obligación de actuar o intervenir si no considera pertinente hacerlo, cubriéndose así de apresurarse y realizar alguna intervención que pueda generar fragilidad en cuanto a que el cliente tome una postura más abierta al aceptar tareas o sugerencias que puedan generar que el terapeuta obtenga mayor influencia y capacidad de maniobra en el tratamiento.

Los procedimientos utilizados para recoger datos durante la sesión inicial brindan la ocasión oportuna para averiguar cuál es la sensibilidad del cliente sin que el terapeuta tenga que tomar posiciones prematuramente puesto que se limita a hacer preguntas para estar mejor informado y comprender al cliente [...] La capacidad de maniobra del terapeuta también depende de que no se le presione para que actúe. Ante el apremio del cliente, ha de salvaguardar su posibilidad de tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar (Fisch et al., 2003, p. 45-46).

- **Diseño de Intervención:**

Una vez que el terapeuta tiene identificado el problema a trabajar, el cambio mínimo a alcanzar, así como la mayor claridad posible en cuanto al lenguaje y postura del cliente puede comenzar a diseñar las intervenciones con las cuales el tratamiento alcanzará o no el éxito para el cliente.

Para algunos modelos de terapia dentro del modelo de resolución de problemas, la terapia sistémica ejerce una influencia que para algunos no es ético o puede verse como una práctica peligrosa. La terapia sistémica en particular el modelo de resolución de problemas tiene como premisa que el individuo al estar dentro de un sistema conviviendo con diferentes personas o elementos inevitablemente está, tarde o temprano influenciado por ellos, es decir, las personas inevitablemente podemos relacionarnos con otros sin que ellos influyan de alguna forma en nuestra vida ya que de acuerdo con Watzlawick et al., (1985) es inevitable no comunicar y por tanto es inevitable influir en otro u otros.

El terapeuta hace preguntas para obtener información y, en algún punto o puntos, hace algunos comentarios al cliente con el efecto intencionado o no intencionado de influir en el cliente de alguna manera. (Algunos terapeutas dicen que no influyen en sus clientes, que el cambio ocurre a través de alguna transformación misteriosa que se supone que brotó dentro del cliente. Pero si un terapeuta dice

algo, inevitablemente influirá en el cliente; de lo contrario, ¿por qué estar en la habitación?) (Fisch, 1994, p. 127).

El objetivo principal del terapeuta al influir en el cliente es poder lograr que este último, realice tareas que conducirán al cambio, esta forma de trabajo viene de herencia directa del trabajo de Milton H. Erickson. De acuerdo con Vargas (2007) fue objeto de estudio durante muchos años por Haley y Weakland y posteriormente con la creación del Brief Therapy Center se realizó una investigación sobre esas técnicas de influencia y sus beneficios en lograr cambios en pro de consolidar un tratamiento breve.

Los terapeutas orientados a la tarea pueden diferir en sus métodos para inducir la acción del cliente, principalmente utilizando directivas explícitas o por implicación o, a veces, ambas. Si bien estas son diferencias estilísticas o tácticas entre las diferentes "escuelas" de terapias breves, tienen en común la intención de lograr que el cliente tome alguna acción diferente de las acciones que tomó anteriormente en la lucha con el problema (Fisch, 1994, p. 130-131).

El terapeuta interviene todo el tiempo, desde un primer momento en el contacto inicial, sin embargo hay dos tipos de intervenciones que se realizan de forma específica con la intención de generar un cambio y sobre todo de alejar al cliente de los intentos de solución ya que por medio de ellos es que el problema se ha mantenido y en algunas ocasiones acentuado. Para que las intervenciones sean aceptadas y puestas en marcha, el terapeuta debe utilizar el lenguaje y postura del cliente, ya que es a través de estos elementos como el terapeuta podrá lograr que el cliente intente cosas nuevas y abandone esas soluciones intentadas.

Preparar a un cliente para una tarea tiende a limitar la discusión sobre alguna, quizás mucha, información previamente obtenida. Es decir, tiende a haber una reducción o clasificación de datos a información que tiene cada vez más relevancia para la formulación de una tarea o sugerencia (Fisch, 1994, p. 130).

Una manera de clasificar las directivas es agruparlas en directivas directas e indirectas. Cuando el terapeuta tiene poder, basta con una directiva directa. Cuando el cliente necesita trabajar indirectamente, se puede usar directivas indirectas (Haley y Richeport-Haley, 2006). El uso de las directivas, prescripciones o tareas de forma directa o indirecta dependerá de la identificación de la postura del cliente, el terapeuta puede realizar una sugerencia y calibrar si esta calza con la postura del cliente y a continuación pedir de forma directa que lleve a cabo una tarea en particular.

[...] las llamadas *prescripciones de comportamiento* [...] se tratan de la ejecución de acciones muy determinadas que el terapeuta propone a su cliente. En la mayoría de las veces no se da ninguna explicación, [...] y por medio de esto llega a un cambio esencial de la

construcción de la realidad que tenía hasta entonces (Watzlawick, 1992, p. 138).

Una particularidad que poseen las intervenciones en el modelo de resolución de problemas que pudiesen considerarse inconvenientes para otros modelos es que las intervenciones son diseñadas en particular para el cliente y el problema con el que se está trabajando en ese momento; dentro del modelo de resolución de problemas no hay prescripciones que se proporcionen como recetas de cocina y deban seguirse al pie de la letra, si bien, en un comienzo el terapeuta en formación puede seguir los ejemplos y replicar algunas de las intervenciones que podemos encontrar en el material literario, conforme este desarrolle sus habilidades y gane experiencia podrá formular sus propias intervenciones cuya finalidad siempre será poder generar un cambio en el cliente y el problema ya que *las prescripciones de comportamiento desarrollan un cambio de perspectiva a través de la acción* (Ceberio y Watzlawick, 2006).

Las prescripciones de comportamiento abarcan desde los mandatos más simples e inmediatos hasta las más complicadas combinaciones de dobles vinculaciones terapéuticas, reestructuraciones e ilusiones de alternativas [...] y requiere, por tanto, una planificación individual (Watzlawick, 1989). Como su principal intención es romper con el circuito de las soluciones intentadas que mantiene el problema y por ende “sacar” de ese vínculo al cliente *las prescripciones de comportamiento, en este caso, obligan a realizar acciones hasta ahora no implementadas rompiendo con las recursiones* (Ceberio y Watzlawick, 2006).

El pedirle al cliente que lleve a cabo acciones o tareas no es algo aventurado o carente de sentido, toda intervención que se sugiere en el modelo de resolución de problemas tiene una función estratégica, el cambio de perspectiva o mejora del problema en una gran mayoría de ocasiones no puede radicar únicamente en el intercambio verbal de ideas que el cliente experimenta con el terapeuta, necesita por medio de las acciones tener una experiencia con esa otra realidad que no está al alcance por el bloqueo que genera la repetición de soluciones carentes de éxito.

[...] La prescripción de comportamiento, se halla inserta en una posibilidad totalmente inmediata de ayudar a alguien a conseguir una comprensión y una experiencia directa de aspectos de la realidad que serían inaccesibles a través de la mera descripción digital, analítico-verbal (Watzlawick, 1989, p. 116).

Ahora bien, como se mencionó previamente, las prescripciones de comportamiento son planificadas y por ello la revisión de su realización y efecto se realiza en una sesión posterior, es decir, requiere de un tiempo poder observar cual ha sido el resultado de la intervención. No obstante existen intervenciones que se ejecutan durante la entrevista, todas y cada una de ella de forma estratégica nuevamente con la finalidad de generar un cambio y poder motivar al cliente a generar más cambios y consolidar la finalización del

tratamiento; dentro de las intervenciones con mayor presencia y mayor poder de intervención se encuentran los reencuadres o la técnica del *Reframe*.

- **Reencuadre:**

La técnica del *reframe* [...] implica recodificar la realidad pero sin modificar las estructuras de sentido por sobre las cosas. No se produce un cambio en el valor semántico de lo que la persona expresa, sino que son modificados los marcos en los cuales el significado se inserta [...], es evidente que cambiando el marco, al final de cuentas, ocurre la modificación del significado (Ceberio y Watzlawick, 2006, p. 160).

El reencuadre no centra sus esfuerzos ni tiene como finalidad convencer al cliente de algo con lo que este no se haya de acuerdo, *nosotros no sabemos mejor que el cliente que debería estar doliéndole ni tampoco como debe vivir su vida*, el reencuadre tiene únicamente la intención de mostrarle al cliente desde otra perspectiva el problema por el cual acude a nosotros, *si no se ve algo de manera diferente es imposible actuar de manera diferente* (Karin Schlinger, 2019, comunicación personal).

Muy a menudo los nuevos encuadres de la familia son una combinación del encuadre antiguo y de los que le ha sugerido el terapeuta. El resultado es que a partir de entonces la familia puede contemplar las cosas desde un ángulo distinto, y una vez que “ve las cosas de otro modo”, también puede conducirse de otro modo (De Shazer, 1989, p. 52).

La técnica del reencuadre parece a simple vista algo carente de complejidad, pero suele ser una de las técnicas más complicadas de realizar, ya que si se toma a la ligera en su ejecución el cliente puede sentir que el terapeuta está minimizando, simplificando o tomando a la ligera su postura con respecto al problema. Por absurdo que pueda parecer para algunos, cuando los clientes quedan atrapados dentro de sus soluciones intentadas difícilmente pueden observar otros posibles escenarios y por ende otras potenciales soluciones y es ahí donde el reencuadre tiene pertinencia al ampliar la perspectiva y romper con el rígido esquema en el que el cliente queda atorado.

La reestructuración recorre el camino en sentido contrario: se desbordan los límites de la ilusión, que es inherente a toda concepción del mundo, aunque de muy diversas maneras, de que existe un marco universal que excluye cualquier otra posibilidad de ser diferente (Watzlawick, 1989, p. 105).

- **Ilusión de alternativas:**

La técnica de la ilusión de alternativas constituye otra de las intervenciones que la terapia breve adopta de Milton H. Erickson: *La técnica de la ilusión de alternativas [...] consiste en presentar al paciente por lo menos dos opciones, que conducen por igual al resultado deseado* (O'Hanlon, 1993).

Es una técnica que se puede utilizar en diferentes momentos de la terapia y tiene como finalidad llevar al cliente a una definición o elección y concretar en algún momento el esclarecimiento de la postura, establecer un cambio mínimo o inclusive determinar cuando el cambio se hará presente. Es decir, tiene como meta llevar al cliente a un objetivo, este dependerá de las necesidades del terapeuta.

Una ilusión de alternativas cuando se da una elección aparente entre dos posibilidades que no son en realidad contrapuestas sino que, a pesar de su supuesta oposición, solo presentan un polo de una pareja opuesta de un orden superior (Watzlawick, 1989). Forma parte de la influencia que ejerce el terapeuta para generar un cambio, realizar un tratamiento breve y eficaz.

- **No apresurarse:**

El mandato de no apresurarse a menudo habrá que darlo muy pronto, con bastante probabilidad en la primer sesión, a aquellos clientes cuya solución ensayada consiste básicamente en esforzarse mucho, o a aquellos que hacen presión sobre el terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa en tanto que ellos se limitan a permanecer pasivos o no colaboran (Fisch et al., 2003, p. 181).

Las intervenciones o maniobras que el terapeuta realiza durante el tratamiento, en cada una de las sesiones, van dirigidas a lograr que algo ocurra (un cambio) o que algo deje de pasar (interrumpir las soluciones intentadas); sin embargo esta intervención es particularmente especial, ya que además de funcionar muy bien como prescripción ejerce la función de una especie de mandato para el terapeuta breve y lo protege de realizar intervenciones apresuradas y con ello de caer en el riesgo de perder su capacidad de maniobra y credibilidad frente al cliente.

La aplicación de esta maniobra sobre todo con pacientes que no se muestran muy interesados en cambiar o que por el contrario, muestran preocupación por que el cambio ocurra pero no muestran apertura a trabajar inmediatamente suele ser de gran ayuda.

Creemos que esta táctica es de utilidad porque describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar al paciente a que cambie, por lo menos con demasiada rapidez, cosa que provoca en dicho paciente una implícita necesidad de colaborar con cualquier consejo o sugerencia que formule el terapeuta (Fisch et al., 2003, p. 183).

Esta maniobra es un gran ejemplo de que el cambio puede verse generado por intervenciones que suelen ser acciones realizadas por el terapeuta que no tiene mucho sentido o que van en contra de lo que la lógica y la razón podría considerar como lo típico ya que un cliente no espera que al acudir a terapia el terapeuta le comente que no es necesario que haga un cambio, al menos no tan pronto.

- **Optimismo Implícito:**

El modelo de resolución de problemas puede llegar a ser incluso polémico por algunas sugerencias o prescripciones de comportamiento, en una gran mayoría de ocasiones pueden llegar a considerarse como carentes de sentido, o excedentes de espontaneidad. Cuando un terapeuta está mayormente familiarizado con el modelo de resolución de problemas y se apropia de las premisas así como de las intervenciones y tiene una lectura más amplia del modelo se puede percatar que lo más característico del modelo en si radica en la simpleza de su estructura pero que posee una complejidad enorme al querer replicarlo.

La complejidad del modelo de resolución de problemas está permeada por elementos tan sutiles, elegantes y minimalistas que a simple vista puede que pasen completamente desapercibidos para una gran mayoría. Dentro de las intervenciones o maniobras el optimismo implícito suele estar invisibilizada por aquellas que puede que requieran mayor planeación e incluso estrategia, pero cuando se presta atención a las partes más elementales que componen no solo el modelo si no las maniobras que se realizan es solo entonces cuando se puede reconocer el impacto que tienen.

En cuanto al optimismo, siempre se transmite en el nivel implícito, no explícito (Fisch, 1994) tiene la finalidad de transmitir al cliente un mensaje “esperanzador” respecto al problema que lo trae a consulta, *alguien con un poco más de esperanza va a hacer menos soluciones intentadas* (Karin Schlanger, 2019, comunicación personal).

Creemos que la esperanza y una sensación de control en el cliente es una ventaja para efectuar un cambio beneficioso en la terapia y cada vez más enmarcaríamos las respuestas y sugerencias en frases que generarían una sensación de esperanza y control en el cliente (Fisch, 2004, p.5).

Como resultado de esta intervención el cliente al tener este sentimiento de control y esperanza en que su problema puede resolverse le permite hacer un mejor uso y gestión de sus recursos en pro de lograr la meta final del tratamiento, que es que la queja desaparezca o se reduzca lo suficiente de tal suerte que el cliente no necesite continuar con el tratamiento.

- **Fin del tratamiento:**

El modelo de terapia breve de resolución de problemas a diferencia de otros modelos y corrientes psicológicas tiene como meta que el cliente que acude a buscar ayuda pueda resolver de manera pronta y eficiente el problema por el que acuden con nosotros. Como se mencionó anteriormente de acuerdo con O'Hanlon (1993) Erickson creía que todos los individuos poseen las habilidades y recursos necesarios para resolver sus problemas, sin embargo cuando quedan atrapados dentro de las soluciones intentadas y estas exacerban el problema esos recursos quedan eclipsados por una sensación de ineficiencia.

En la fijación del marco de tratamiento el terapeuta establece en el contrato con el cliente que el tratamiento tendrá una duración de diez sesiones, sin embargo el cliente no está obligado a concluir con ellas si su problema se solucionó o se redujo lo suficiente en un número menor de entrevistas.

Tan pronto como los clientes observan que hay una mejoría en el área de su queja, no importa que tan grande o pequeña sea, sino que tan satisfactoria es para ellos, se considera con ellos que ya no hay problema y llevamos las sesiones a su fin. Los clientes determinan el comienzo y la finalización de la terapia (Haley y Richeport-Haley, 2006, p. 141).

Dentro del modelo de terapia breve a diferencia de otros modelos, no se realizan evaluaciones ni mediciones para considerar un alta, es decir, el cliente que trajo a la consulta su problema determina cuando concluye el tratamiento nuestro único criterio para evaluar la resolución de un problema es si se produce la eliminación o reducción suficiente de la queja [...] Por lo tanto, en nuestro modelo, si nadie se queja, no hay problema (Fisch, 1988).

Entonces, el tratamiento llega a su fin principalmente por dos cuestiones, la primera como se menciona es que la queja si bien, no se ha resuelto por completo, se ha reducido a tal grado que no representa un problema o malestar para el cliente, por lo que al no representar un problema no hay necesidad de continuar el tratamiento.

Nuestro objetivo terapéutico básico consiste en que el cliente deje de padecer su dolencia o, al menos, que esta disminuya lo suficiente como para no necesitar ya tratamiento terapéutico [...] Esto puede suceder por dos causas: porque la conducta perturbada haya cambiado, o porque haya cambiado su evaluación de tal conducta, lo cual hace que ya no la considere como un problema significativo (Fisch et al., 2003, p. 143).

El otro escenario en donde el tratamiento llega a su fin, es cuando el cliente expresa que el problema por el que acudió está resuelto; *en la terapia breve el terapeuta ha de tener siempre presente cual era la dolencia original y el objetivo del tratamiento, y buscará la consecución de dicho objetivo, además de alguna*

clase de manifestación por parte del cliente en el sentido de que su dolencia ha sido solucionada (Fisch et al., 2003).

- **Llamada de seguimiento:**

Posteriormente que el tratamiento ha concluido la forma en que se puede considerar que se ha tenido éxito en el caso es mediante una llamada de seguimiento la cual se realiza 3 meses y 1 año posterior a la última consulta

Como en todos los casos que tratamos en el proyecto, siempre hacemos evaluaciones de seguimiento tres meses y un año después de la última cita. Como nuestro modelo se basa en la queja (a diferencia de un modelo normativo o basado en una enfermedad), juzgamos el resultado a partir de lo ocurrido con la queja original (Fisch y Schlanger, 2002, p. 54).

Si en la llamada de seguimiento el cliente comenta que el problema por el que acudieron a terapia no se ha vuelto a presentar y por ende no han vuelto a tomar tratamiento psicológico por este motivo se considera un caso exitoso, si por el contrario el cliente expresa que el problema se ha vuelto a presentar y esto lo llevó nuevamente a consultar otros terapeuta el caso careció de éxito.

El modelo de resolución de problemas posee gran flexibilidad por lo cual su aplicación dentro del contexto de la psicología clínica continua vigente, sus premisas y bases permite al terapeuta que lo emplea, abordar diferentes problemáticas y realizar un tratamiento breve y eficaz en su correcta ejecución.

A diferencia de otros modelos se considera como “minimalista” ya que interviene en el sistema sin necesidad de tener a todos los miembros de este, presentes en la terapia, se centra en el presente y su principal intervención radica en la interrupción de los intentos de solución que es aquello que ha manteniendo el problema hasta el día de hoy.

Para aquellos que desean trabajar con el modelo de resolución de problemas es crucial reaprender a pensar en forma circular (pensamiento sistémico), dejar a un lado las etiquetas (patológicas) y ampliar su visión del mundo sobre qué es correcto y que no (Normativos). Aprender a escuchar a los clientes es uno de los grandes retos con los que se verán enfrentados y con ello el riesgo de apresurarse a realizar alguna intervención sin tener en cuenta la postura o lenguaje del cliente.

El modelo de resolución de problemas requiere de un compromiso que va en diferentes niveles, teóricos y prácticos, aquel que logre interiorizarlos y replicarlos tendrá en sus manos una herramienta poderosa, generadora de cambio en alzas de mejorar la calidad de vida de aquellos consultantes del servicio de psicología clínica.

Capítulo 3: Metodología

Justificación

La población LGBTTTIQ+ constantemente ha sido discriminada y violentada por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género. Como ejemplo de ello se encuentran los sobrevivientes de las terapias de conversión o denominados *Esfuerzos Para Corregir La Orientación Sexual E Identidad De Género* (Tagle, 2021), conocidos por sus siglas como ECOSIG.

Existen asociaciones que tiene como objetivo albergar a los sobrevivientes de ECOSIG y proveer servicios legales y médicos, incluyendo terapia psicológica como parte del acompañamiento; dentro de las terapias psicológicas se encuentra el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas, el cual posee gran flexibilidad y capacidad de adecuarse a las necesidades del cliente sin etiquetar bajo algún estándar.

El presente trabajo tiene como finalidad demostrar que las características del modelo de terapia breve de resolución de problemas al ser aplicadas a población LGBTTTIQ+ resulta ser eficaz en los resultados obtenidos, a la vez que atiende la necesidad de servicios de salud mental dignos para la comunidad LGBTTTIQ+. Esta investigación contribuye además con el enriquecimiento teórico-práctico ya que ilustra cómo se lleva a cabo el proceso terapéutico sesión a sesión de cada uno de los casos presentados.

Planteamiento del problema

La comunidad LGBTTTIQ+ y sus derechos fueron minimizados e inclusive invisibilizados por décadas; en temas de servicios de atención a la salud mental la experiencia de la diversidad sexual ha sido insatisfactoria ya que en su mayoría los usuarios han tenido experiencias no gratas, siendo víctimas de modelos normativos que buscan que estas personas se apeguen a los parámetros de lo que estos modelos consideran como normal o no.

Dentro de la experiencia universitaria de atención a la salud, el modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas ha ofrecido atención psicológica primaria de calidad, con respeto y eficaz capaz de dar respuesta a las necesidades de servicios de salud de la comunidad. Por medio de la presente investigación se busca conocer ¿En qué reside la complejidad de trabajar con la población LGBTTTIQ+ y sus familias? Así como ¿Qué intervenciones son clave en el proceso terapéutico con población LGBTTTIQ+?

Objetivo general

- Demostrar que el modelo de terapia breve de resolución de problemas es eficaz en el trabajo con población LBGTTTIQ+

Objetivos particulares

- Analizar por medio de las sesiones transcritas los elementos más básicos que componen y dan estructura al modelo de terapia breve de resolución de problemas.
- Demostrar que las premisas del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas están presentes en todo momento desde el inicio del tratamiento hasta su conclusión.
- Ejemplificar cómo se aplicó el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas en un caso de homosexualidad masculina.
- Ejemplificar cómo se utilizó el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas con el padre de un adolescente homosexual.
- Ejemplificar cómo se trabajó la Terapia Breve de Resolución de Problemas con la madre de un adolescente que va a transicionar del género masculino al género femenino.

Participantes

Participaron dos familias y un usuario, de esta población cuatro son hombres y una mujer, que solicitaron el servicio de psicología clínica que se brinda en las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS) sedes, Zaragoza y Tamaulipas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); su solicitud del servicio de psicología clínica estaba relacionada con un problema ligado a la orientación sexual e identidad de género. Los usuarios fueron atendidos bajo el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del Centro de Terapia Breve del Mental Research Institute.

Escenario

La presente investigación se llevó a cabo en las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS) sede Zaragoza y Tamaulipas en el marco del programa de servicio social llamado Atención Psicológica Breve Para El Público En General a cargo de la maestra Clara Haydee Solís Ponce profesora de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza encargada del programa. Las sesiones clínicas se realizaron en las cámaras de observación de las CUAS las cuales están habilitadas con equipo de videograbación.

Diseño y Tipo de Estudio

En esta investigación se empleó un estudio de caso (Stake, 2007) trabajado bajo metodología naturalista (Castellanos, 2014) donde se realiza un análisis técnico de la sesión clínica con la finalidad de demostrar cómo se implementó el modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas cuyos motivos estaban relacionados con la población LGBTTTTIQ+ o un individuo perteneciente a un sistema familiar con un integrante de la diversidad sexual.

Procedimiento

De una base de datos de casos clínicos atendidos en las CUAS en un periodo comprendido de 2007 a 2018 se revisó el archivo dividido cronológicamente por semestres. Se seleccionaron tres casos, dos atendidos en el programa de servicio social “Consulta de Psicología Clínica con Modelo de Resolución de Problemas” y uno dentro de la actividad de práctica supervisada del área clínica y de la salud, donde el autor de la presente investigación era parte del equipo terapéutico.

Se dispuso del material clínico existente como historias clínicas, material en video o fotografía y audios de las entrevistas realizadas en cada uno de los casos. Se realizaron las transcripciones de las sesiones para posteriormente realizar un análisis a nivel técnico de cada una de las sesiones de los tres casos seleccionados y puntuar los elementos del esquema técnico del modelo de resolución de problemas; se utilizó el siguiente código en el análisis de las sesiones: (S) como Sesión y por ende va numerado de acuerdo a las sesiones totales por caso, (R) como Renglón ya que se numeraron para un manejo más dinámico en los resúmenes, (T) como terapeuta, (Co) como Co Terapeuta, (C) para Cliente y (P.I) para Paciente Identificado.

A continuación se expondrán los casos clínicos pertenecientes a la población LGBTTTTIQ+ que fueron trabajados bajo el modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas, para facilitar la lectura y el análisis realizado cada caso cuenta con una presentación general donde se resume la información general de todo el caso; posteriormente se presenta un resumen de la sesión seguido de la transcripción completa de la sesión con indicadores de dialogo que podrán proporcionar información adicional a aquel lector que esté mayormente interesado en algún punto específico del tratamiento.

Capítulo 4: Estudios de caso

Presentación del caso clínico 1. (Felipe, 45 años, casado, comerciante, su hijo adolescente le ha confesado que es homosexual pero él no lo puede aceptar).

Escenario: El caso de Felipe fue atendido en la cámara de observación de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas en el marco de la Práctica supervisada a cargo de la maestra Clara Haydee Solís Ponce; dentro de la cámara de Gesell del área de psicología clínica.

Participante: El cliente es un hombre de 45 años de edad, comerciante que gusta del deporte, dentro de sus aficiones se encuentra el fútbol, básquetbol, boxeo entre otras; es parte de una familia nuclear conformada por su esposa y dos hijos varones. El mayor de 18 años quien es el P.I y el menor de 12 años.

Motivo de consulta: El motivo por el cual se presenta al servicio de psicología clínica en palabras del usuario es *“porque mi hijo presenta tendencias homosexuales”* (S.1 R33, 34). Desde hacía cinco años que Fernando les había confesado que era homosexual para Felipe fue una noticia difícil de procesar (S1. R235, 236), al grado que constantemente tiene riñas con Fernando a causa de su comportamiento y su orientación sexual.

Objetivo Terapéutico: Durante las primeras dos sesiones fue difícil que Felipe estableciera un cambio mínimo a trabajar, ya que tenía la impresión de que Fernando quizá podría ser heterosexual pero estaba confundido (S.1 R183-186) (S.2 R140-144) (S.2 R219-224), finalmente decidió que el proceso terapéutico se centrara en aceptar la orientación sexual de su hijo (S.3 R164, 165) (S.4 R52-54) y recuperar la relación que tenía con su hijo antes de que se presentara el problema.

Selección de las intervenciones que se llevaron a cabo: Una de las principales intervenciones que se utilizaron en este caso, fue durante la definición del problema, no asumir ni ejercer juicios de valor, ya que cuando Felipe menciona que su hijo tiene *“tendencias homosexuales”* la terapeuta le pregunta *“¿De qué manera es esto un problema?”* O una variante *“¿Cómo es esto un problema?”* (S1. 125) (S.2 R111) (S.2 R146, 147) (S.2 R201) (S.2 R335, 336) esta pregunta que para otros modelos de terapia pudiera parecer obvia despertó en Felipe la genuina necesidad de preguntarse qué de malo había con que su hijo fuese homosexual. Acompañado con normalizaciones, validaciones y en particular de un reencuadre (S.2 R258) (S.2 R264-278) (S.2 R282, 283) (S.2 R287-292) Felipe pudo aceptar que su hijo tenía muchas otras cualidades y habilidades que no se opacaban ni desvalorizaban por el hecho de que fuese homosexual (S.3 R70-72).

Evaluación de los resultados: De acuerdo con Fisch y Schlanger (2002) en todos los casos atendidos se realizan dos evaluaciones posteriormente al término del tratamiento, la primera a los tres meses y la segunda un año después de la alta; el resultado se juzga a partir del cambio ocurrido en la queja inicial. En el caso de Felipe fue el mismo Fernando quien atendió la llamada (*Llamada de seguimiento R16-18*) y mencionó que todo había mejorado entre su padre y él después del tratamiento (*Llamada de seguimiento R49-52*), indicando así que un caso de éxito (*Llamada de seguimiento R61-68*).

La otra cara de Oaxaca resumen Sesión 1: Felipe y Fernando

La sesión comienza con la fijación del marco de tratamiento que se refiere a la presentación de los aspectos formales, estos se componen de 4 puntos principales (R7, 8): la videograbación de la sesión (R8-10), la confidencialidad de la información (R21-24), el uso de los espejos y la presencia del equipo terapéutico detrás de los espejos (R12-15) y la duración del tratamiento (R25-27). Es importante que el cliente sea informado y acepte sobre estos cuatro elementos ya que el servicio es brindado en la clínica universitaria con fines formativos por lo que el cliente debe aceptar de manera explícita la forma de trabajo.

Una vez planteados los aspectos formales la terapeuta puede proseguir con la implementación del esquema técnico preguntando de manera directa y concreta por el problema que trae a los usuarios a la terapia (R30) esta es una pregunta con la que se inicia la sesión y que no puede no ser contestada sin embargo muchas veces los clientes son ambiguos en sus respuestas por lo que es un primer reto para el terapeuta filtrar la información.

El cliente parece responder de manera concisa la pregunta diciendo *“Mi hijo tiene 18 años, este y tiene aproximadamente entre los 13 y los 14 que pues nos comentó a mí y a su mamá que esté, pues tiene tendencias homosexuales”* (R32-34) y mientras describe el problema por el que ha venido a consulta se hace explícita su postura ante la queja (R34-37) y ante el hijo (R37-42), por lo que es un primer momento para comenzar a filtrar la información; la terapeuta al escuchar al padre elabora una maniobra de oportunidad con un resumen de la información (R47,48) expuesta hasta el momento y validando la postura del cliente (R48-50).

Dado que la queja o el contexto del problema tiene origen hace 3 años la terapeuta pregunta *¿por qué venir ahora?* Así que realiza una maniobra para indagar en el momento actual la situación del problema por el que han venido a la sesión (R54-46).

El padre responde la pregunta de la terapeuta explicitando su postura ante la queja (R62,63), la terapeuta elabora una pregunta que le permite explorar la postura del cliente ante la queja e ir definiendo el problema (R65) ya que un terapeuta breve no asume la información; como una maniobra para preservar la neutralidad ante los dos usuarios la terapeuta le pide al hijo que salga un momento (R67-70) porque el padre al dar la descripción del problema descalifica al hijo, esto permite mantener la neutralidad con el sistema familiar hasta no tener claro quién es el cliente (R75-77).

El cliente continua la sesión sin responder la pregunta de forma concreta (R80-87) y conforme avanza la entrevista hace explícita su postura ante la queja (R91-93) (R102-106) y ante su hijo (R108, 109). La terapeuta elabora un resumen (R115-118) con la información que el cliente ha expuesto con la finalidad de tener claridad sobre la comprensión del problema y la postura del cliente ante la queja (R120 ,121) y el cliente confirma su postura (R123).

La terapeuta continua con el desarrollo de la sesión preguntando de nuevo por la queja (R125) ya que "*las tendencias homosexuales*" en sí no representan un problema para la terapia breve ya que es una forma de implementar la premisa de "no somos normativos" y no creemos que haya una única forma de orientación sexual que sea correcta o alguna que sea por el contrario incorrecta. El cliente continua respondiendo de manera ambigua (R127) por lo que la terapeuta desde una postura uno abajo retoma su pregunta (R129, 130); el cliente puede no responder u olvidar las preguntas pero el terapeuta breve no.

La terapeuta elabora una pregunta para definir el cambio mínimo acompañada de una pregunta que le permitirá identificar quién es el cliente (R143) en este caso ya que el padre hasta este punto se ha mostrado preocupado pero al no responder de manera concreta las preguntas queda un tanto en duda si es un cliente o un quejoso, es uno de los retos del terapeuta breve poder filtrar toda la información en tiempo real ya que como se puede apreciar el cliente al ser tan ambiguo en sus respuestas (R80-87) (R102-109) lanza información que complementa otros puntos del esquema técnico (R145-152) que no se han cubierto de manera explícita.

La respuesta del padre no responde la pregunta de la terapeuta sobre el cambio mínimo pero si muestra sus intentos de solución y los de una parte más amplia del sistema; la terapeuta pregunta sobre la postura que tiene la familia extensa en cuanto a la queja (R155, 156) y en esta ocasión el cliente contesta de manera concreta haciendo explicita la postura del sistema (R158-160). La terapeuta continua preguntando ahora por los intentos de solución que el padre ha llevado acabo para no hacer más de lo mismo (R167, 168) el cliente responde y nuevamente muestra su postura ante la queja (R170-178).

En este punto de la sesión la terapeuta retoma la pregunta de cambio mínimo no se ha respondido hasta ahora con la finalidad de saber hacia dónde se dirige la terapia (R180, 181) y el cliente expone un cambio en su postura (R183-186) que podemos atribuir al poder interventivo de las preguntas realizadas hasta el momento, ya que la terapeuta le ha preguntado en diferentes momentos y de diferentes formas como "*las tendencias homosexuales*" son un problema por lo que se introduce circularidad al pensamiento del padre que no rechaza al hijo pero no se siente del todo bien con las preferencias que él ha manifestado.

En este momento de la sesión el cliente empieza a sugerir potenciales escenarios para un cambio mínimo (R187-194) con los que se pudiera trabajar y reitera su postura (R196-200), brindando más elementos para la terapeuta, elementos que son tomados en cuenta para el diseño de las manobras (intervenciones que se llevan a cabo durante la sesión). La terapeuta retoma la pregunta para concretar de mejor forma el cambio mínimo (R202, 203) (R208, 209) y el padre confirma la dirección de la terapia (R211).

La terapeuta continua preguntando por el motivo de las discusiones entre padre e hijo hoy en día (R238-240) y el cliente describe una serie de interacciones (R242-251) que parecieran formar parte de la queja inicial pero que no lo son, por lo que la terapeuta ejecuta una maniobra de oportunidad que consiste en normalizar la

conducta adolescente (R259-262) (R-264,265) y haciendo una distinción entre estas y "*las tendencias homosexuales*" del hijo, no se puede comprar todas las quejas que el padre trae a la terapia ya que la terapia es breve por la cantidad de puertas que decidimos no abrir.

Una vez que la terapeuta normaliza y marca una distinción entre las quejas del cliente prosigue, a definir el cambio mínimo (R271) a trabajar, recordemos que previamente se le realizó la pregunta y él no contestó de manera concreta por lo que se vuelve a retomar la pregunta; el cliente puede olvidar las preguntas, el terapeuta no. El padre plantea un cambio mínimo trabajable (R273-276) y con ello empieza a cambiar su postura de quejoso a cliente.

En resumen durante esta primer entrevista la terapeuta se ha enfrentado a tres dificultades, por un lado poder filtrar la información ambigua que se va vertiendo en la recogida de la información para poder categorizarla conforme al esquema técnico, por el otro no confundir las quejas que tienen que ver con la adolescencia y las que tienen que ver con las preferencias sexuales, que el cliente mezcla constantemente y coloca en la misma categoría y finalmente no olvidarse de las preguntas porque este cliente es ambiguo, abre muchas puertas y constantemente responde con información que no corresponde a las preguntas planteadas. Si no se pone atención en esto el terapeuta breve corre el riesgo de avanzar sin tener claridad en cuanto hacia donde está tomando rumbo el tratamiento.

La terapeuta hace una pausa con el padre y le pide que salga de la sesión (R278, 279); el adolescente entra al consultorio y la terapeuta lo primero que hace es ofrecerle una disculpa por permitir que su padre se expresara de manera despectiva sobre su orientación sexual (esta es una maniobra de la terapeuta para mantener la neutralidad frente al hijo y recuperar la capacidad de maniobra) y después preguntarle su puntuación sobre la queja que los trae a la sesión (R292) el hijo responde de manera concreta y firme que él es gay y no tiene ningún problema con eso (R294). Como hemos mencionado anteriormente el terapeuta breve no asume ni da por entendido en ningún momento las palabras ambiguas de los clientes por lo que la terapeuta realiza una pregunta circular para conocer la postura de los padres sobre el problema (R296, 297) (R301-304).

El adolescente comienza a describir desde su puntuación cual fue la reacción de su madre en el primer momento en que se enteró (R305-311) así como su postura e intentos de solución (R316-330); la terapeuta realiza una pregunta como parte de la definición del problema con el joven (R340) y este comienza a describir la interacción entre él y sus padres lo que le permite observar a la terapeuta observar la relación simétrica que hay entre ellos (R343-347). La terapeuta ahora pregunta para conocer la postura del adolescente ante su relación con los padres (R349), él narra el proceso desde la primer vez que salió del closet y como ha ido cambiando la relación entre los tres en los últimos años (R351-365) esta puntuación confirma lo dicho por el padre: las quejas que están en diferentes categorías (adolescencia y "*tendencias homosexuales*") se mezclan, por lo cual es muy importante que siga haciendo una distinción entre ambas ahora con el hijo.

El terapeuta breve debe mantener presente que ambas quejas pertenecen a categorías diferentes para poder marcar la distinción tanto con el padre como con el hijo. La terapeuta pregunta de quién fue la idea de revelar la orientación sexual a los padres (R372, 373) y el joven comenta como ocurrió (R400-404) además agrega más información sobre la postura de sus padres ante la queja (R-416-420) desde su puntuación.

La terapeuta como maniobra hace una validación en la postura de los padres (R428-230) y en la postura del adolescente (R431, 432) para poder entregar un mensaje (R435-440) con la finalidad de introducir complementariedad a la relación simétrica que hay entre los padres y el adolescente. La terapeuta refuerza el mensaje previo (R452-454) (R471-476).

Finalmente antes de hacer el cierre de sesión el adolescente comenta como parte de su postura que para él la queja por la que asistieron al servicio no es el problema, para él los problemas son las constantes pelás entre él y los padres (R527-530). Este es un momento de suma importancia en la sesión ya que si la terapeuta logra escuchar esto puede identificar que tiene clientes para diferentes cosas y que el trabajo de la sesión será distinto dependiendo de quién sea su usuario ya que el adolescente menciona que para él no es un problema "*las tendencias homosexuales*" (R369) (R416-420).

La terapeuta procede a realizar el cierre de sesión con la fijación del marco de tratamiento para la próxima cita (R532, 533) donde se le informa al cliente la fecha y hora y se enfatiza que de ahora en adelante las sesiones de él serán individuales (R537, 538).

La otra cara de Oaxaca resumen Sesión 2: Felipe

La terapeuta da inicio a la sesión preguntando ¿Qué tan mal la han pasado en los últimos 15 días? (R7) esta es una pregunta con la que se puede iniciar la segunda sesión y subsecuentes el cliente cuando se le pregunta ¿cuán mal fue la semana? Si nos dice que le fue muy mal nos ayuda a prepararnos y retomar la sesión desde ahí; si nos dice que no fue tan mala entonces ahí la retomamos desde ese lugar para ver porque no fue tan mala y qué es lo que estuvo funcionando para agrandar esto y que sigan haciendo más de lo que estuvo funcionando la última semana (Brief Therapy Center of the MRI, 2015, 3:24m) para fines prácticos del trabajo le llamaremos *pregunta de inicio de sesión subsecuente*. El cliente relata algunas cosas que han pasado en los días previos mostrando algunos intentos de solución (R9-17) que ha llevado a cabo para resolver las quejas que hay en cuanto a la adolescencia del hijo.

La terapeuta pregunta por la ausencia de la madre (R19, 20) y el cliente menciona las razones por las que él cree que su esposa no asiste a la sesión (R27-34); la terapeuta hace una pregunta para indagar un poco más sobre los intentos de solución previos, específicamente los que involucran al tratamiento psicológico previo (R36, 37). El cliente expone los motivos por los cuales el adolescente estuvo en terapia (R30) (R42, 43) hace un par de años en la preparatoria.

Se formula una pregunta para conocer el trabajo realizado con el psicólogo escolar (R45) y saber si hay algo que se pueda recuperar y para no hacer más de lo mismo, sin embargo la respuesta del cliente es ambigua (R47) por lo cual la terapeuta al no obtener la respuesta concreta maniobra sobre la solución intentada utilizando el lenguaje del cliente (R49) y en esta ocasión el padre da información más detallada del tratamiento previo (R51-56).

La terapeuta ahora realiza una pregunta para definir cuál es el motivo de consulta (R81, 82) por el que asiste el padre al servicio ya que en diferentes ocasiones continua mezclando las quejas de la adolescencia con las “tendencias homosexuales”; la terapeuta ejerce una maniobra para normalizar el comportamiento adolescente (R83-85) y hacer una distinción entre este y las “tendencias homosexuales” y concluye preguntando al padre por el tema que le interesa trabajar como prioridad (R87, 88). Esto permite a la terapeuta no solo hacer distinción entre las quejas, también le brinda claridad sobre cuál es el problema que el cliente quiere trabajar en las sesiones, le permite tener dirección sobre el rumbo que lleva el tratamiento y hacia donde enfocar sus recursos como terapeuta breve sin restar importancia a las quejas que presenta el cliente.

El padre responde de manera concreta sobre el problema que para él es prioridad atender en las sesiones (R90): las “tendencias homosexuales” de su hijo. La terapeuta pregunta por la postura del padre en relación a los intentos de solución para que su hijo deje atrás las “tendencias homosexuales” (R92-95).

El cliente responde que su hijo habló anteriormente con él y le expuso su postura ante la queja de las “tendencias homosexuales” (R97, 98) por lo que la terapeuta hace una pregunta para conocer la postura del cliente ante ese escenario e

identificar si hay flexibilidad en el sistema (R105-107). El padre muestra su postura y se aprecia su disposición (R109) por lo cual la terapeuta prosigue a preguntar por el motivo por el que las “tendencias homosexuales” son un problema (R111) es una pregunta que se hizo varias veces durante la primera sesión y que no fue respondida y como desde este modelo el cliente debe de concretar se vuelve a preguntar esperando ahora si obtener una respuesta.

El cliente responde la pregunta de la terapeuta explicitando su postura (R113-114) pero nuevamente no obtiene de manera concreta la información que solicitó, por lo que realiza una maniobra de ilusión de alternativas (R116) con la intención que el cliente responda de manera concreta. El padre del adolescente comienza a describir la situación familiar en las que tanto él como su esposa se desarrollaron (R118-126) haciendo explícita su postura como padre (R130-133) pese a que el cliente brinda información importante es información que la terapeuta no solicitó por lo cual debe recordar que su pregunta sigue sin ser contestada de manera concreta y directa.

La terapeuta reformula la pregunta (R135, 136) esperando que el cliente la responda; el padre del adolescente finalmente responde de manera concreta y muestra otro intento de solución que ha llevado a cabo (R138-144); la terapeuta sigue preguntando ya que no queda del todo claro cuál es el problema con las “tendencias homosexuales” (R146, 147).

Recordemos que la terapia breve se centra en los problemas de manera presente, hablar del pasado nos brinda información importante pero hasta el momento no queda claro de manera presente cómo el que este adolescente muestre “tendencias homosexuales” es un problema para nuestro cliente, es una labor compleja ya que el terapeuta breve no ejerce juicios de valor ni asume información que el cliente no ha dado, por lo que sería un error creer que se tiene claro por qué representa un problema para nuestro cliente que su hijo adolescente sea homosexual.

El cliente comienza a describir en términos concretos la queja y muestra su postura ante esta (R149-153); da ejemplos de las discusiones que tienen (R171-176) pero de nuevo finaliza mezclando la queja de las conductas adolescentes con las “tendencias Homosexuales” (R176-179) por lo que la terapeuta realiza una normalización sobre la adolescencia (R181) pero a diferencia de las ocasiones previas en esta el cliente no la acepta (R183-185).

La terapeuta continua preguntando por la definición del cambio mínimo (R187) ya que el cliente rechaza la normalización de la adolescencia y no tiene mucho sentido detenerse por ahora en este tema ya que se corre el riesgo de contradecir la postura del cliente, al no ser el tema de la adolescencia el motivo inicial de consulta es una puerta que la terapeuta debe evitar abrir ya que puede dirigir sus esfuerzos y rumbo de la terapia hacia éstas quejas de las cuales no se ha solicitado ayuda hasta ahora.

El padre del adolescente responde de manera ambigua la pregunta (R191-195) que la terapeuta hace para definir el cambio mínimo y muestra una postura de quejoso (R195-198), por lo que la terapeuta retoma su pregunta (R200-202) ya que no ha sido respondida hasta ahora y no puede continuar con la recogida de información si no obtiene respuesta concreta.

El cliente responde pero esta vez con un cambio en su postura (R209, 210) ya que muestra resignación ante la queja lo que despierta curiosidad en la terapeuta y prosigue a preguntar por este cambio en la postura (R212, 213). Debemos recalcar que hasta el momento el padre del adolescente no ha contestado de manera directa la pregunta inicial que tiene que ver con cuál es el problema con las “tendencias homosexuales”, la terapeuta se ha encontrado con respuestas ambiguas que si bien brindan información que nos permite cubrir otros aspectos del esquema técnico en la mayoría de las ocasiones esta no ha sido solicitada; el terapeuta breve deber ser capaz de percibir esto y filtrar y organizar toda esta información.

El cliente comenta a la terapeuta parte de las relaciones personales de su hijo y el cómo estas le dieron una esperanza de que tuviera una relación con una chica, continua y menciona que el hijo le ha dicho que no hay manera de que cambie (R219-224) por lo que podemos atribuir que el que su hijo le haya dicho de manera directa que no hay posibilidad de dejar de ser homosexual y el hecho de en repetidas ocasiones cuestionar cuál es el problema con las “tendencias homosexuales” ha logrado tener un efecto interventivo en el cliente, ya que si bien su postura ante la queja no se ha modificado si se ha abierto una brecha en la que comienza a pensar si es realmente un problema.

El padre del adolescente concluye su argumento diciendo la petición que le ha hecho al hijo (R228-230) la cual es un tanto abstracta por lo que la terapeuta utiliza el lenguaje del cliente y pregunta en términos concretos a qué se refiere (R232) pese a que el padre no responde totalmente de manera concreta si muestra su postura ante la relación que tienen su hijo y su esposa (R234-236).

En esta parte de la sesión la terapeuta como diseño de intervención propone al cliente un reencuadre, buscando que calce con su postura y su lenguaje; la terapeuta realiza unas preguntas para verificar información que se ha recogido en la sesión previa (R238, 239), el cliente comienza a confirmar la información y hace especificaciones, la terapeuta continua recabando la información (R244) y comienza su labor introduciendo elementos que potencialmente pueden calzar con la postura del cliente (R249, 250) (R258-260), el padre del adolescente muestra estar familiarizado con lo que la terapeuta ha comentado hasta ahora (R262).

La terapeuta procede y lanza su reencuadre mencionando que en Oaxaca hay una región, un poblado de donde son originarias las “*Muxes*” (R264, 265) y continúa describiendo ¿qué hace a las *muxes* tan particulares? (R265-267) así mismo la terapeuta respalda su argumento comentando cuál es el papel e importancia de estas dentro de su comunidad (R267-275) y le da soporte a su argumento, finalmente la terapeuta concluye su narración enmarcando que el lugar de origen

del que procede el cliente (R276-278) es un lugar tan diverso y con tanta riqueza cultural (R282-283) que inclusive abarca la diversidad sexual, mostrando así que Oaxaca tiene más de dos caras y que dentro de lo tradicional coexiste de manera natural algo que pareciera ser todo lo opuesto (R287-292).

El padre del adolescente parece no rechazar el mensaje (R294) a pesar de mencionar que no conocía esta cara de Oaxaca por lo que una vez colocado el reencuadre y mostrando una perspectiva diferente de lo que se había visto hasta ahora la terapeuta procede a preguntar de nuevo por la definición del problema (R296-301), la cual no ha sido respondida de manera concreta. El cliente muestra más apertura al no rechazar el mensaje (R303) como lo hizo en la normalización previa sobre las conductas adolescentes (R183-185) por lo que la terapeuta brinda al padre del adolescente una ilusión de alternativas (R305-307) para poder definir cómo las “tendencias homosexuales” representan un problema. El cliente pese a no responder por completo de manera directa deja ver su postura ante el problema y ante su hijo (R311-316) la terapeuta como una maniobra de oportunidad valida el trabajo que han hecho como padres (R318-322) así como las habilidades que le han brindado en su formación (R325-333).

La terapeuta le pide al padre del adolescente que piense en términos concretos cuál es el verdadero problema con que su hijo tenga “tendencias homosexuales” (R334-336) esperando que después de haber realizado el reencuadre pueda definir con mayor facilidad cuál es el problema para él; se continúan validando las habilidades del adolescente (R337-340) con esto la terapeuta envía implícitamente un mensaje: “el éxito y desarrollo que pueda alcanzar el joven no está en función de su orientación sexual”.

Con la intención de introducir más flexibilidad en el cliente la terapeuta elabora una ilusión de alternativas mostrándole al padre imágenes que no calzan del todo con su postura (R367-374) pero que le permite observar la queja desde un punto de vista que probablemente no ha considerado ya que el que su hijo no hubiese sido homosexual no lo exenta de dificultades o por el contrario le garantiza un desarrollo libre de dificultades; la terapeuta le pide al cliente que piense un poco en esta situación (R378-383).

Una vez realizadas estas intervenciones la terapeuta ejerce una maniobra para mantener su figura neutral dentro del sistema (R388-391) ya que después de estos dos mensajes el cliente podría pensar que la terapeuta está abogando por el adolescente y sus “tendencias homosexuales” lo cual no es así, la única labor de la terapeuta ha sido respetar las premisas del modelos “no somos normativos y no somos patológicos” y tener oportunidad y ritmo en el avance del tratamiento ya que hasta este punto no hay una claridad total en cuanto a cómo las “tendencias homosexuales” son un problema para el padre del adolescente.

La terapeuta elabora una validación en la postura del cliente (R392-394) para reforzar su imagen de neutralidad y le pide que investigue sobre las *muxes* (R394, 395) a manera de prescripción de comportamiento ya que el padre del adolescente menciona que no las conoce (R397). El cliente continua la

conversación mencionando algunos intentos de solución que llevaron a cabo el fin de semana previo (401-404) y comienza a dar respuesta a la pregunta de definición del cambio mínimo (R408- 413), esto puede atribuirse al poder de las intervenciones previas, ya que él compró bastante bien los reencuadres.

Dentro de los intentos de solución el padre menciona que habló con su cuñada y su hermano de las “tendencias homosexuales” de su hijo por lo que la terapeuta pregunta cómo ocurrió esto (R415-418) ya que en la sesión previa el cliente comenta que la orientación sexual de su hijo es un secreto a voces o un tema del cual la familia no habla abiertamente. El padre del adolescente menciona que habló con ellos como parte de sus intentos de solución (R420, 421); la terapeuta pregunta por la postura de esta parte más amplia del sistema (R423, 424) el cliente no responde directamente pero hace explícita la postura de apoyo de esta parte de la familia (R426-428).

La terapeuta pregunta de una forma más directa por la postura del hermano del cliente (R430) con la intención de conocer qué piensa sobre esta situación la familia extensa; el cliente responde haciendo explícita la postura de su hermano a través de su perspectiva (R432-434) y de manera adicional el padre del adolescente arroja intentos de solución que no había mencionado (R434-436). Por su parte la terapeuta le menciona al cliente que el hijo en la sesión previa le dijo que él siempre ha sido así (R439-444) esto una vez que el padre del adolescente mostró mayor flexibilidad en postura ante la queja así como esa parte de la familia extensa que tiene una postura de aceptación ante la orientación sexual del joven.

El padre del adolescente comenta que su hijo se lo dijo (R451, 452) por lo que en este punto del tratamiento con lo hablado previamente el cliente debe comenzar a pensar qué es lo que sigue en cuanto a este tema ya que parece, agotó sus recursos en pro de que las “tendencias homosexuales” desaparecieran. La terapeuta concluye la sesión con la fijación del marco de tratamiento (R454-456).

Durante esta entrevista la terapeuta breve se enfrentó a las respuestas ambiguas que son recurrentes en este cliente, lo que implica como reto tener que filtrar la información que se vierte en la sesión ya que como se mencionó anteriormente el padre del adolescente arroja información que es importante y que complementa otros aspectos del esquema técnico pero que en la mayoría de las ocasiones no fue solicitada lo que podría implicar que la terapeuta tenga saturación de información y no se pueda filtrar del todo.

Debemos hacer una puntuación sobre otro de los retos que enfrenta constantemente el terapeuta breve y que en esta sesión se hizo presente en todo momento, la terapeuta al no obtener respuestas concretas o al obtener respuestas ambiguas no olvidó sus preguntas y las retomó o reformuló en más de una ocasión. El cliente puede olvidar las preguntas, el terapeuta breve no.

Por último la implementación de los reencuadres como parte del diseño de intervenciones de la terapeuta permitirá que el cliente pueda ampliar sus puntos de vista en relación a la orientación sexual de su hijo y para efectos de la terapia

poder definir en términos concretos cómo es un problema para él así como el cambio mínimo que desea alcanzar.

La otra cara de Oaxaca Resumen Sesión 3: Felipe

La terapeuta comienza la entrevista con la pregunta de inicio de sesión subsecuente ¿Qué tan mal han estado las cosas? (R7, 8), el padre del adolescente responde de manera directa la pregunta y muestra un cambio en su postura ante la queja (R10-12) y menciona una solución llevada a cabo el fin de semana (R14, 15). La terapeuta pregunta por esta solución (R17) el cliente responde pero la conversación se desvía (R19-21) por lo que la terapeuta reformula su pregunta (R23, 24) y el cliente responde esta vez de manera directa (R26-30) y menciona sobre una charla que tuvo con su hijo (R31-37) esto se percibe como un ejemplo concreto del cambio en la postura del papá hacia las “tendencias homosexuales” del hijo, por lo que la terapeuta hace una pregunta de definición de problema (R39, 40) para explorar este cambio de postura.

La sesión continua y el cliente contesta y muestra su postura ante el hijo (R41-45) lo observa como una persona que no tiene control sobre sus acciones (postura de enfermo); la terapeuta como maniobra de oportunidad realiza una normalización (R47-49) ya que el padre continúa mezclando las quejas de la adolescencia con las “tendencias homosexuales”; el cliente hace explícita su postura, confirmando que observa a su hijo como enfermo (R51, 52).

La terapeuta continua la sesión con la revisión de la tarea (R54) el cliente responde que no la realizó (R56) la terapeuta al obtener esta respuesta realiza una pregunta para conocer si el reencuadre de la sesión pasada tuvo algún efecto interventivo en el padre del adolescente (R58-62) pese a que no responde de manera directa la pregunta, el cliente muestra un cambio en su percepción ante la queja o las “tendencias homosexuales” (R64-66).

La sesión continua mientras el padre del adolescente comenta que habló con su esposa sobre la conversación que tuvo con la terapeuta la sesión anterior (R70-74) en este discurso el cliente muestra un cambio en su postura ante su hijo ya que comienza a reconocer las habilidades de este, las cuales en un momento parecían haber sido eclipsadas por las “tendencias homosexuales” que manifestaba el adolescente. La terapeuta realiza una maniobra para explicitar la postura del padre en cuanto a la expresión de la homosexualidad en su hijo (R76, 77) y el cliente confirma (R79) y muestra un intento de solución realizado así como su postura como padre (R83-85).

La terapeuta realiza un resumen con la información que ha obtenido hasta el momento y elabora una pregunta para indagar sobre la queja (R87- 90) así mismo realiza una pregunta para conocer la postura del hijo (R94); el padre menciona la postura del adolescente (R96) y hace explícita su postura como padre (R97, 98) y su postura ante la queja (R101-104). La terapeuta realiza un reencuadre y hace

una pregunta para explicitar la postura del padre ante la queja (R111-113); el cliente responde con un cambio en su postura ante la queja (R115-116) y describe una acción concreta que es diferente a lo realizado previamente (R117-118).

En este punto de la sesión la terapeuta hace un resumen con los cambios obtenidos hasta el momento (R123-126) y el cliente confirma que ha sido así (R128) por lo que la terapeuta prosigue a realizar una reformulación en cuanto a la queja inicial una vez que el padre del adolescente ha tenido un cambio en su percepción (R130-134). El padre responde de manera ambigua y comenta que su hijo ya le informó al hermano menor sobre su orientación sexual (R136-139) por lo que la terapeuta realiza una pregunta para conocer cuál es el problema para el cliente de que su hijo haya hecho esto (R141); el padre del adolescente muestra su postura ante los hijos (R143, 144) y la terapeuta realiza una maniobra para introducir en el sistema circularidad (R146, 147) y el cliente lo acepta (R149) la terapeuta continúa preguntando cuál es el problema en cuanto a esta situación (R151-152) y el cliente expresa su postura ante la situación que comenta (R154).

Es importante mencionar que hasta ahora la terapeuta continúa realizando preguntas de definición de problema ya que el cliente no ha concretado como es un problema para él, por lo que a nivel del esquema técnico no se puede avanzar hasta tener definido un problema con el cual trabajar. Esto no ha sido una limitante para que la terapeuta pueda realizar maniobras de oportunidad y preguntas que introduzcan circularidad en el pensamiento del cliente obteniendo así un cambio en su percepción ante la queja.

El padre del adolescente continúa mencionando su postura ante la queja inicial y se puede apreciar un cambio ante esta (R154- 156) confirmando así que el trabajo previo; los reencuadres y las normalizaciones, han tenido un efecto positivo para el cliente en su percepción ante las “tendencias homosexuales” (R164, 165). El cliente menciona de manera abstracta sobre el cambio mínimo que desea alcanzar en la terapia (R172-175) por lo que la terapeuta realiza una maniobra reencuadrando la queja inicial (R183, 184) e introduciendo circularidad en el pensamiento del cliente; realiza una prescripción de comportamiento solicitándole al cliente que piense en las cosas que puede aceptar y las que no sobre la orientación sexual de su hijo (R186-190), realiza una validación en la postura del padre del adolescente (R190, 191) y solicita que esa información sea tratada en la sesión siguiente (R193-195) y el cliente acepta (R197).

La terapeuta realiza una maniobra de optimismo implícito (R199) y el padre del adolescente responde haciendo explícita su postura ante la queja y ante su sistema familiar (R201-205) por lo que la terapeuta elabora una pregunta para

indagar más sobre esa postura que muestra el cliente (R207) el padre contesta de manera directa (R209-210) mostrando la postura del sistema ante la queja inicial.

La terapeuta realiza una normalización sobre las quejas que se continúan mezclando (R212) y concluye la sesión con la fijación del marco de tratamiento para la siguiente sesión (R212, 213).

En esta sesión se puede apreciar que hay mayor fluidez de la información ya que el cliente da menor cantidad de respuestas ambiguas y por ende la repetición o reformulación de las preguntas se redujo permitiendo que la sesión avance sin dificultad. Podemos apreciar que hay un cambio en cuanto a la percepción del padre del adolescente en cuanto a la queja inicial posterior al trabajo realizado de los reencuadres y las normalizaciones ya que si recapitulamos una de las prescripciones que se dejaron la sesión previa fue que el cliente pensara en términos concretos cuál sería el problema de que su hijo tenga “tendencias homosexuales”.

Si bien el padre no ha contestado de manera directa cuál es el problema con que su hijo sea homosexual esto no ha limitado la labor del terapeuta breve ya que sin avanzar en el esquema técnico ha podido realizar intervenciones que han logrado que este usuario observe su problema desde otra perspectiva.

La otra cara de Oaxaca resumen Sesión 4: Felipe

Se da inicio a la sesión y la terapeuta realiza una variante de la pregunta de inicio de sesión subsecuente para conocer la situación actual de la queja (R7) el cliente responde un tanto ambiguo por lo que la terapeuta reformula la pregunta (R11, 12) y el padre del adolescente en esta ocasión responde de manera directa (R14-16) mostrando su postura hacia el hijo; la terapeuta indaga más sobre la postura del cliente (R18-20) y el padre del adolescente responde mostrando un cambio en su postura hacia la queja inicial y da un ejemplo concreto de la interacción que tiene ahora con el hijo (R22-28).

La terapeuta realiza una maniobra de oportunidad validando ambas posturas (R30-33) con la finalidad de conservar su neutralidad en el sistema, recordemos que tenemos clientes para diferentes cosas, esto le permite a la terapeuta poder trabajar con ambos sin tomar partido por alguno de los usuarios ya que el terapeuta breve es de poca utilidad si la neutralidad no se mantiene dentro del sistema familiar. El padre del adolescente acepta la validación de la terapeuta y hace explícita su postura (R38, 43) mostrando un cambio en la percepción ante la queja inicial y su postura ante el hijo.

La terapeuta realiza una pregunta para indagar el cambio mencionado (R45-57), el cliente responde y esto confirma que hay una diferencia en su percepción de la queja (R51-54) y en su postura ante las “tendencias homosexuales” del adolescente. La terapeuta elabora una maniobra de validación dándole soporte al trabajo realizado previamente (R56-59) y permitiendo que el padre del adolescente reafirme el mensaje que se ha trabajado en las sesiones anteriores, “la orientación sexual no limita las habilidades ni las invalida”.

La terapeuta como prescripción le pide al cliente que piense y delimite los temas que está dispuesto a aceptar y los que no (R60, 61) respetando la postura del cliente ya que si ha aceptado que su hijo tenga una orientación sexual diferente no por ello está obligado a aceptar todo en cuanto a este tema (R63-71). El padre del adolescente responde mostrando un cambio más en su postura hacia la queja (R74-77) lo que confirma a la terapeuta que las intervenciones han tenido un efecto positivo en el cliente; la terapeuta realiza una maniobra validando el trabajo que ha realizado el padre (R79, 80) y continua con un reencuadre (R80-83) y valida la postura de la familia extensa (R84-88). La terapeuta como ha conseguido un cambio en la percepción del cliente utiliza todas las oportunidades que se presentan para realizar intervenciones de oportunidad (normalizaciones, validaciones, reencuadres) lo que permite amplificar el pensamiento circular que le permite al cliente observar desde otras perspectivas su queja y seguir realizando cambios en la relación con su hijo.

El padre del adolescente continua comentando la postura de la familia extensa en cuanto a la queja (R90-92) por lo que la terapeuta realiza una maniobra de normalización (R94-101) y el cliente la acepta (R103, 104), la terapeuta ahora realiza una pregunta para indagar más sobre la postura de la familia extensa en cuanto a la queja inicial (R106), el cliente responde haciendo explícita la postura del sistema (R108, 109) que confirma que hay una red de apoyo y aceptación para el padre y para el adolescente y sus “tendencias homosexuales”. Esto es importante hacerlo explícito en la sesión ya que una de las preocupaciones que el padre del adolescente mencionó era la culpa y el miedo a que su hijo fuera rechazado, al mostrar que existe esta red de apoyo dentro de la familia extensa el padre se siente más tranquilo y en consecuencia se siente más seguro para aceptar la orientación sexual de su hijo.

La terapeuta hace el cierre de sesión (R111) y como prescripción conductual le pide al cliente que piense en términos concretos (R113) lo que está dispuesto a aceptar y lo que no en cuanto a la homosexualidad de su hijo (R117, 118). La terapeuta concluye la sesión con los aspectos formales (R126, 127) de la siguiente sesión (R131) indicando la fecha y hora de la cita.

En esta sesión se pueden apreciar los efectos de las constantes intervenciones de oportunidad que se realizaron en las sesiones previas, en el momento en que el cliente responde de manera concreta las preguntas y hace explícito su cambio de postura en cuanto a la queja inicial por la que acudió al servicio de psicología clínica; también da las primeras señales de cambio en cuanto a distinguir las habilidades de vida y la orientación sexual de su hijo. Lo cual es relevante para efectos de la terapia breve porque al inicio del tratamiento las habilidades y aptitudes del hijo fueron eclipsadas por sus “tendencias homosexuales”.

Si bien el cliente nunca respondió como era un problema para él que su hijo sea homosexual en esta sesión habla de encaminarse a poder aceptarlo y continuar con su relación.

La otra cara de Oaxaca resumen Sesión 5: Felipe

La terapeuta inicia la sesión (R7) y realiza un breve resumen de la entrevista previa y continua con la revisión de la tarea (R11-17); el padre del adolescente no responde de manera directa cómo llevó a cabo la tarea pero muestra una solución llevada a cabo, así como su postura ante la queja y ante el hijo, la cual confirma que el cambio en su postura ante ambas se ha mantenido (R19-31). La terapeuta vuelve a preguntar por la postura y el lenguaje del cliente (R33) en relación con la elaboración de la tarea; el padre del adolescente en esta ocasión responde de manera directa la conclusión a la que llegó con la prescripción además de que comenta que llevó a cabo una acción distinta hablando con su hijo sobre los límites que está dispuesto a aceptar en cuanto al tema de las “tendencias homosexuales” haciendo explícito su cambio de postura ante la queja (R35-37).

Al obtener ejemplos concretos de cambios realizados por parte del padre, la terapeuta hace una pregunta circular para conocer la postura del hijo ante estos (R39, 40), el cliente responde desde su percepción y muestra la postura del adolescente y nuevamente hace explícita su postura como padre (R42-48). La terapeuta realiza un resumen confirmatorio con la información que el cliente ha dado hasta el momento (R50-56) con la finalidad de verificar que se han llevado a cabo cambios; el padre del adolescente confirma que la información es correcta (R58- 60) y menciona una de las cosas que no está dispuesto a aceptar (R82) y a su vez muestra la postura de la madre desde su percepción (R82-85).

La terapeuta continua preguntando por los términos de la negociación o si hubo alguna otra petición por parte del cliente hacia su hijo (R87-89), el padre responde con su postura (R91-93), la terapeuta al obtener esta respuesta que no contesta su pregunta decide elaborar un resumen y hacer una pregunta circular para conocer la postura del adolescente (R95-103); el cliente responde de manera directa la pregunta de la terapeuta y muestra un cambio en la interacción del sistema ante la queja inicial (R105-110) y en la forma de relación entre padre e hijo. La terapeuta realiza una pregunta para conocer la postura del cliente ante estos cambios y soluciones que se han llevado a cabo (R112-115); el padre del adolescente responde directamente con su postura (R117-119) mostrando el cambio en ésta.

La terapeuta realiza un resumen para conocer la postura del cliente en relación con la queja inicial y los cambios que ha obtenido hasta el momento (R121-127), el padre del adolescente responde exponiendo su postura ante la queja y mostrando cambios en su perspectiva (R129). La terapeuta hace una pregunta para confirmar los cambios en la postura del cliente (R131), él responde con su postura como padre y muestra un cambio en su percepción ante el hijo (R145-149); la terapeuta hace un reencuadre mostrando como estaba la relación entre el

adolescente y el padre (R151-154) al inicio de la terapia y los cambios que han tenido ambos en su forma de interactuar (R158-161), puntuando que la relación ha mejorado después de cinco sesiones; el cliente acepta el mensaje y confirma el cambio en la relación que tiene con su hijo (R163-168).

La terapeuta elabora un mensaje con la finalidad de saber si el cambio mínimo ha sido alcanzado para el cliente (R170-177) puntuando lo que él deseaba obtener y lo que ha logrado durante las sesiones y hace una pregunta para saber si hay algo más que se pueda trabajar en relación con este tema (R181-183) ya que si bien el problema no ha sido resuelto parece no seguir siendo un problema para el padre del adolescente lo que conduciría al fin del tratamiento. El cliente responde marcando que desea que el tratamiento se concluya (R185, 186), confirmando que para él el tema de las “tendencias homosexuales” no representa más un problema.

La terapeuta da un mensaje validando el proceso que el cliente llevó a cabo desde el inicio del tratamiento y menciona que debe continuar con la implementación de los límites en el proceso como lo ha hecho hasta ahora (R188-193) y enfatiza las diferencias entre la adolescencia y las “tendencias homosexuales” (R193-199). La terapeuta continúa con los aspectos formales del cierre del tratamiento y le pide al cliente que llene el “cuestionario de evaluación de la calidad del servicio” (R203, 204) de la historia clínica; la terapeuta realiza una última pregunta para confirmar si hay algún tema pendiente que haya en cuanto a la queja inicial (R219, 220) y el cliente responde que no, lo que indica el fin del tratamiento (R222).

Presentación del caso clínico 2. (Josué, 26 años, Profesionista, vive con su familia nuclear, estaba por aceptar casarse con su novia pero tiene duda sobre si es homosexual o no).

Escenario: El caso de Josué fue atendido en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza en el marco del programa de servicio social a cargo de la maestra Clara Haydee Solís Ponce; dentro de la cámara de Gesell del área de psicología clínica.

Participante: El cliente es un hombre de 26 años de edad, profesionista, es autosuficiente ya que cuenta con un empleo estable, es integrante de una familia nuclear compuesta por sus padres y hermanos. Al momento de iniciar el tratamiento se encontraba en una relación desde hacía ya unos años, con su pareja en ese momento había considerado casarse, esto fue uno de los motivos que lo trajo a pedir ayuda en cuanto al tema de definir su orientación sexual.

Motivo de consulta: Cuando se realiza la pregunta para definir el problema el usuario respondió: “*no sé si soy gay o no, no sé, no sé*”. El cliente comenta que tuvo un encuentro con un hombre, estando él en noviazgo con una mujer; a partir de ese suceso se acrecentaron las dudas y su necesidad por “*definir, si soy gay o no*”.

Objetivo Terapéutico: En la primer entrevista Josué plantea que desea obtener de la terapia una respuesta concreta para poder definir su orientación sexual: “*mi idea era que me dijeran sí lo soy o no soy [...] que me den o me ayuden a definirme o ver qué puedo hacer para saber si lo soy o no soy [...]*” (S.1 R49). Una vez que se realizaron algunas intervenciones y que el cliente estaba más tranquilo el objetivo se reformuló estableciendo el objetivo como “*aceptarme como realmente soy*” (S.4 R22); entonces el tratamiento se direccionó en ayudar a Josué a aceptar su homosexualidad.

Selección de las intervenciones que se llevaron a cabo: la implementación de la premisa “*no normativos*” fue la principal herramienta que generó una brecha en el tratamiento con Josué, ya que flexibilizó la postura que él tenía no solo sobre sí mismo, sino en cuanto al tratamiento psicológico que iba a recibir (*Llamada de Seguimiento R56-61*). Como complemento, el mensaje reencuadrando la situación en la que se encontraba Josué (S.1 R56-71) y el constate reforzamiento de ese reencuadre (S.2 R54-57), (S.3 R89, 90) (S.3 R94) (S.3 R157, 158), le permitió al cliente tomarse las cosas con calma y actuar de una manera distinta dándole la oportunidad de iniciar un proceso a su ritmo e ir resolviendo dudas que se iban generando conforme avanzaba en su exploración (S.5 R60-62).

Evaluación de los resultados: posterior al final del tratamiento se realizó la llamada de seguimiento, Fisch y Schlanger (2002) para evaluar si el caso fue de éxito o no. Atendió Josué indicando así que el problema por el cual había acudido a terapia se había resuelto con éxito, no había acudido a otro servicio por el mismo motivo y que las cosas habían mejorado (*Llamada de seguimiento R30*) en cuanto al problema (*Llamada de seguimiento R50-61*).

La familia tradicional Resumen sesión 1

La sesión da inicio con la presentación de los aspectos formales (R7) los cuales se componen de cuatro puntos importantes: La grabación de las sesiones en audio y/o video, la presencia del equipo terapéutico (R10), la confidencialidad de la información (R13, 14) y finalmente la forma de trabajo (R16, 18). Es importante que los aspectos formales siempre sean expuestos al cliente y que él acepte explícitamente cada uno de ellos ya que el servicio que se brinda en la clínica universitaria es de carácter formativo.

Una vez que el terapeuta ha informado sobre los aspectos formales y el cliente los ha aceptado se prosigue a realizar la pregunta de inicio de sesión (R23), preguntar de manera directa por el problema le permite al terapeuta comenzar a recoger información y filtrarla, ya que es una pregunta que no puede no ser contestada.

El cliente responde mostrando su postura (R31-35) por lo que la terapeuta realiza una pregunta para definir el problema (R37), el cliente responde de manera ambigua y hace explícita parte de su postura ante la queja (R39-41), la terapeuta al obtener respuestas ambiguas realiza una pregunta para ayudarlo a definir el problema (R43); debemos hacer hincapié en que a pesar de que el cliente no ha respondido directamente, nos ha brindado información que es muy importante ya que quizá no habla directamente de su problema, pero si nos habla de cómo lo percibe. El cliente comenta que su problema va en torno al ámbito de la sexualidad (R45), por lo que la terapeuta realiza una pregunta para definir en qué aspecto de la sexualidad (R47); el cliente concreta la respuesta diciendo que el problema va entorno a su definición “*no sé si soy gay o no, no sé, no sé*” (R49).

Ahora que la terapeuta ha logrado definir cuál es el problema para el cliente continua la sesión haciendo una exploración en cuanto a los intentos de solución que el cliente ha realizado (R51, 52) y a la utilidad que estos han tenido (R56, 57); el cliente responde directamente (R59, 60) mostrando que las soluciones que ha intentado han perpetuado el problema lejos de resolverlo. La terapeuta realiza una pregunta para establecer un cambio mínimo a trabajar (R62) y el cliente hace explícita sus expectativas hacia la terapia aunque no concreta un cambio mínimo trabajable (R64-66).

La terapeuta hace una pregunta para continuar explorando los intentos de solución (R68, 69), el cliente comenta las acciones que ha realizado y que no han funcionado (R71-73). Es importante recordar que todas aquellas acciones que los clientes lleven a cabo para intentar resolver su problema y que no han funcionado se convierten en intentos de solución que mantienen e inclusive pueden agrandar el problema. La terapeuta ejerce una maniobra con un resumen para confirmar la información obtenida hasta el momento (R75, 76) y hace una pregunta para poder ampliar el sistema y simultáneamente seguir con la exploración de los intentos de solución (R76).

Una vez que la terapeuta comienza con la exploración del sistema (R80) el cliente muestra la postura que tiene su red de apoyo (R82, 83) la cual parece ser positiva, la terapeuta pregunta por la postura que el cliente cree que su familia adoptaría

frente a la queja (R85, 86), el cliente responde que la familia no aceptaría esta situación (R88) por lo que la terapeuta hace una pregunta para tener contexto (R90), el cliente responde haciendo explícita la postura de la familia desde su percepción (R91).

La terapeuta realiza preguntas de definición de problema (R100, 101) (R122) para conocer la razón por la cual el cliente ha buscado ayuda en este momento, el cliente responde de manera un poco ambigua las preguntas (R103-107) (R124-126) sin embargo si el terapeuta logra filtrar esta información podrá identificar el motivo por el cual ha acudido en este momento y su postura ante la situación que vive. La terapeuta reformula la pregunta para definir el cambio mínimo (R109, 110) y el cliente responde con más expectativas hacia la terapia pero no algo que sea trabajable (R112- 116) por lo cual la terapeuta ejercer la capacidad de maniobra mostrando los límites y alcances que puede tener la terapia (R133-137), pues no se les dice a los clientes como vivir su vida o cual es la manera correcta de hacerlo, nosotros somos expertos en la terapia, ellos en sus vidas; la terapeuta realiza una pregunta para explicitar el lenguaje del cliente en cuanto a su solicitud (R137, 138) y este comenta un intento de solución que llevó a cabo hace un tiempo (R146-151).

La terapeuta continua la sesión con una maniobra de reencuadre (R156-171) cuyo contenido incluye una validación de la postura del cliente (R164-166), las premisas no apresurarse (R162, 163) y no etiquetarse (R167, 168) e introducir pensamiento circular (R168- 171). La terapeuta realiza una pregunta para saber si hay algo más que sea importante y que no se haya tocado hasta el momento (R176-178); el cliente expone una queja en términos concretos la cual tiene que ver con su pareja sentimental (R180-182), la terapeuta elabora un resumen con la información (R184-186) y da un argumento para interrumpir las soluciones intentadas (R187-192) que el cliente ha realizado para tratar de resolver la problemática con la pareja actual y prosigue a realizar la pausa de intersesión (R197-198).

La sesión se reanuda y la terapeuta entrega una pregunta que tiene el equipo terapéutico (R204, 205) la cual el cliente responde de forma ambigua pero da información valiosa sobre su postura (R207-213), la terapeuta reformula su pregunta con la información que el cliente da (R215, 216) con la finalidad de tener claridad en cuanto a lo que se refiere el cliente y confirma que es correcto (R218).

La terapeuta entrega un mensaje cuya intención es que el cliente no se apresure (220-224) y otro el cual tiene como intención introducir un poco de circularidad en el sistema (R225-230). El cliente no acepta del todo el último mensaje (R236-238) y hace explícita su postura (R246-248), la terapeuta realiza una maniobra validando la postura que tiene el cliente (R240) ya que al ser un modelo ecológico no discutimos con la postura del cliente, la respetamos en todo momento.

La terapeuta prepara el cierre de sesión entregando un mensaje al cliente (R269-271) y una prescripción de comportamiento (R271-273) cuya finalidad es bloquear los intentos de solución que el cliente ha estado realizando. Finalmente la sesión concluye con la fijación del marco de tratamiento donde se le informa al cliente los

costos de las sesiones (R284), la frecuencia (R285), duración (R285, 286) y el proceso para cancelar y/o reagendar las citas (R287-291).

En esta primer sesión podemos observar como inicia un tratamiento, desde la presentación de los aspectos formales, así como la definición de un problema y como de estar en una categoría más amplia (la sexualidad) la terapeuta logra definirlo en términos concretos (definir la orientación sexual) para que este pueda ser trabajable para el terapeuta breve.

Podemos observar que aun cuando el cliente da respuestas ambiguas o contesta las preguntas con su postura el terapeuta breve todo el tiempo está filtrando esa información ya que si bien no fue la información que solicitamos esta nos ayuda a cubrir otros aspectos del esquema técnico y a tener claridad en cuanto a cómo percibe el cliente su problema. Es importante mencionar que el cambio mínimo que el cliente planteó en esta sesión no es trabajable para la terapia breve ya que está en términos abstractos y no en acciones concretas por lo que la terapeuta deberá retomar esto la siguiente sesión.

La familia tradicional Resumen sesión 2

El terapeuta inicia la entrevista realizando la pregunta de inicio de segunda sesión y subsecuente (R6) y el cliente responde mostrando un cambio en su percepción ante la queja (R8-10). El terapeuta hace una pregunta para aclarar el lenguaje del cliente (R12) y este responde mostrando un cambio en la postura ante la queja inicial la cual comenta: *“De lo que yo siento, de lo que, no un problema ya, porque no es problema, de sobre mi forma de ser”* (R24, 25).

El cliente continua exponiendo su postura ante una de las quejas que surgen alrededor del motivo de consulta (R25-29) (R37-42), el terapeuta realiza unas preguntas para indagar sobre esta queja que involucra una relación sentimental (R44) (R51-53) (R62), el cliente responde haciendo explicita su postura en cuanto a la queja (R46-49) (R55-60) (R64-67) y muestra que las soluciones intentadas se han interrumpido ya que ha dejado de evitar tener contacto con ella (R68-71) como consecuencia de las intervenciones de la sesión previa.

Los terapeutas continúan la sesión preguntando por otra de las quejas que surgen alrededor del motivo de consulta inicial, la cual tiene que ver con la familia del cliente (R73), él no contesta de manera directa la pregunta del terapeuta pero informa que ha empezado a hacer cambios (R75-79) por lo que el coterapeuta realiza una pregunta para indagar sobre esos cambios que la familia ha notado (R81). El cliente da una respuesta ambigua pero confirma que hay un cambio en él (R83, 84) (89-92) y que la familia lo nota.

El cliente continúa hablando sobre la participación que tiene su familia (R99, 100) y como esas intervenciones le generan molestia, el terapeuta realiza una pregunta para explorar los intentos de solución del cliente (R102) y este le responde comentando como aborda la situación (R104). El terapeuta elabora una pregunta circular para conocer la postura de la familia a través de la percepción del cliente (R105), el cliente no responde la pregunta pero muestra un intento de solución (R107, 108).

El coterapeuta reformula la pregunta circular con el objetivo de entender la postura de la familia (R110, 111), el cliente hace explicita la postura de la familia (R113-115) y habla sobre cuán tradicional es (R123-125) y cómo en este momento esa postura de su familia le genera malestar (R116-119) (R126-130).

En este punto de la sesión el terapeuta realiza una pregunta para establecer claridad en cuanto al objetivo terapéutico (R132-134) ya que hasta este punto de la sesión se han abordado diferentes temas que para el cliente son importantes pero finalmente son quejas que se derivan a partir de querer definir su orientación sexual. El cliente responde que el motivo de consulta inicial es aquello en lo que

quiere enfocarse a trabajar (R136) lo que nos indica que las quejas que surgen alrededor son molestas y son incómodas por lo cual el terapeuta no resta importancia a estas pero no se detiene mucho ya que son quejas que eventualmente se resolverán una vez que Josué defina su orientación sexual ya que comenta que le preocupa la reacción que pueda tener su familia ante su orientación sexual (R140-143) y que esto le ha traído problemas a nivel personal (R147-151), pero su solicitud de ayuda va enfocada a definir su orientación sexual (R136), no cómo lidiar con la parte de la familia.

El terapeuta entrega un mensaje (R153-166) en el cual utiliza la maniobra de “no apresurarse” (R153) (R159, 160) y se hace presente la premisa de no ser patológicos al enfatizar que no es útil etiquetarse (R156-159), se vuelve a trabajar el mensaje previo de no hacer pública su orientación sexual si es que no va ser aceptado (R153-155), así como una normalización de la situación (R160, 161); el cliente responde haciendo explícito que es lo que le preocupa (R169-171) así como su postura (R168, 169) (R171-173).

La sesión se continúa desarrollando y el cliente comenta un intento de solución que llevó a cabo recientemente (R205-207) (R210-213) (R217-223), este es un intento de solución que causa curiosidad ya que el cliente no comentaba sus problemas personales con nadie que no fuera cercano a él (229-234). Los terapeutas hacen la pausa de intersesión para salir a hablar con el equipo terapéutico.

Los terapeutas retoman la entrevista después de la intersesión y dan una prescripción de comportamiento (R240-247) para que se lleve a cabo a lo largo de la semana, el cliente pregunta por la tarea (R249) por lo que el coterapeuta hace especificaciones de cómo puede llevarse a cabo la prescripción (R251-255), el terapeuta agrega un par de precisiones (R263, 264), el cliente parece entender la instrucción (R266) y el terapeuta concluye la sesión repitiendo las indicaciones (R268).

En esta segunda entrevista podemos observar cómo se desarrolla una sesión subsecuente en terapia breve, es una sesión donde el cliente muestra un cambio en su percepción ante la queja inicial y reporta que ya no evita a su pareja, sugerencia que se hizo en la primera sesión.

El cliente se refiere a su familia como “tradicional” dejando ver que el lenguaje utilizado en la primera sesión tuvo un efecto interventivo ya que ahora él hace uso de este. En esta entrevista emergen distintas posturas de nuestro cliente, por ejemplo la postura ante el problema por el que acude a terapia y la postura que él tiene ante su familia, así mismo en el desarrollo de la sesión sale a flote la postura

que la familia de Josué tiene ante la homosexualidad, esto nos permite valorar la riqueza de la entrevista interaccional ya que a través de las preguntas circulares podemos conocer las percepciones del sistema familiar y recoger información sin necesidad que ellos estén presentes en la sesión; esta información nos será útil para el diseño de las intervenciones y la venta de la tarea que calce con la postura del cliente.

En esta segunda entrevista el cliente reportó que su familia ha notado cambios y él confirma que se ha sentido mucho mejor, lo que indica que el tratamiento ha tenido los primeros efectos en Josué y las personas de su entorno lo han podido percibir; es importante mencionar que el cliente no le ha informado a su familia el motivo por el cual está acudiendo a terapia.

En la sesión el cliente aborda diferentes temas (como que por ahora su orientación sexual ya no es un tema urgente por resolver, menciona la situación con su pareja sentimental, habla sobre la postura que tiene ante su familia y la que ellos toman ante la diversidad sexual) tanta información podría saturar al terapeuta breve por eso es importante organizarla en las categorías de interacción del esquema técnico; la terapia es breve por la cantidad de puertas que decide no abrir, es decir, el terapeuta hace una recogida de información sobre los temas que el cliente trae a la entrevista pero no se detiene mucho en ellos ya que no es algo para lo que Josué este solicitando ayuda, entrar por la puerta que el cliente abre brinda a los terapeutas la oportunidad de hacer una terapia respetuosa y ecológica lo que Jeffrey Zeig llama “Una terapia cortada a la medida” (Robles, 2015).

La familia tradicional Resumen sesión 3

El terapeuta comienza a la entrevista con la pregunta de inicio de segunda sesión y subsecuente (R6), el cliente comenta que las cosas no fueron tan malas esta semana (R8, 9) lo que le permite al terapeuta desarrollar la sesión indagando lo que fue distinto. Es una pregunta que no puede no ser respondida y es una pregunta donde no nos puede ir mal.

El cliente comenta que se vio con quien es su pareja sentimental (R13-17) y sobre lo que hablaron en la reunión (R26-31) (R34-39) nótese que el cliente ha dejado de evitar tener contacto con ella; el terapeuta realiza un reencuadre (R41, 42) como maniobra de oportunidad y el cliente confirma que el encuentro fue totalmente distinto a como él había imaginado (R44-46), generando un anclaje al tratamiento pues el reencuadre calza perfectamente con lo que sucedió en esa reunión.

El terapeuta continúa la entrevista con la revisión de la tarea (R48, 49), el cliente confirma que realizó la tarea (R51) y comenta que ha notado ciertas mejorías en esta semana (R51, 52), el terapeuta realiza una pregunta para confirmar si la intervención ha calzado con la postura del cliente (R54) y él confirma que es correcto (R56); el terapeuta continúa con la revisión de la tarea (R62) y el cliente comenta los resultados de su elaboración (64-68) (R77-82), el terapeuta realiza una pregunta de ilusión de alternativas (R84, 85) para conocer en qué contexto se desarrollarían las dificultades para el cliente, él comenta que es en el escenario donde su orientación sexual se hace pública (R87) lo que le permite al terapeuta retomar y volver a trabajar con el mensaje previo, donde no está obligado a hacer pública su orientación sexual (R94).

El cliente responde que su familia últimamente lo ha presionado más para que se case (R96, 97), el terapeuta realiza un reencuadre y normalización utilizando el lenguaje del cliente (R99-105). El terapeuta realiza una pregunta para conocer la postura del cliente (R109, 110), él responde con su postura ante la queja (R112-114).

El terapeuta realiza una pregunta para conocer el estado actual de la queja inicial (R116, 117) y el cliente comenta que ha pensado en aceptar su realidad (R119-122), al recibir esta respuesta abstracta el terapeuta hace una pregunta para esclarecer el lenguaje del cliente (R124, 125); por primera vez el cliente se refiere a sí mismo como homosexual "*Pues no sé, a decir que soy gay y todo*" (R127) por lo que el terapeuta pregunta sobre si aún está en duda o si es un hecho (R129); el cliente responde haciendo explícita su postura ante la queja (R131) y comenta que lo que le preocupa más es la reacción de su familia nuclear (R136, 137).

Es importante poder escuchar a los clientes para clarificar sus distintas quejas y no permitir que las mezclen ya que en este caso Josué constantemente mezcla la postura conservadora de su familia con la presión social que esta ejerce para que él se case y tenga hijos, si los terapeutas hubiesen hecho esta distinción hubiera sido más fácil maniobrar con el cliente.

El terapeuta realiza una pregunta para poder indagar si hay algo en términos concretos que le asegure a Josué que la reacción de su familia ante su orientación sexual será negativa (R139); el cliente comenta una situación que se presentó con una vecina de la familia (R141-144) y la postura que ellos tomaron ante la situación (R148-150) (R154, 155) lo que nos muestra que su miedo a revelar su orientación tiene una base sensorial. El terapeuta trabaja nuevamente el mensaje previo: “no hacer pública su orientación sexual si no será aceptado por la familia” (R157-158).

Josué responde mostrando su postura ante la queja (R175-177) por lo que el terapeuta realiza una pregunta para indagar sobre quienes de la familia son los que presionan a Josué (R164); él responde que es su madre quien principalmente lo hace (R166), da un ejemplo de la última vez que ella le hizo un comentario de esos que le molestan demasiado (R167, 168) y hace explícita la postura que ellos tienen ante Josué (R168, 169); a pesar de que es la madre quién constantemente presiona al cliente con comentarios o preguntas Josué menciona que lo que más le preocupa es la reacción que podría tener su padre (R175, 176).

El terapeuta entrega un mensaje con la prescripción de comportamiento no apresurarse ya que es algo que no ha ocurrido aun y tampoco tiene porque suceder (R182-186) y realiza la pausa de intersesión (R192, 193). El terapeuta reanuda la sesión entregando una validación por parte del equipo terapéutico (R196, 197) y realiza una pregunta para definir el cambio mínimo (R197, 198); el cliente redefine el objetivo terapéutico en términos de alcanzar mayor aceptación sobre su orientación sexual (R200).

El terapeuta realiza una pregunta para poder ayudarle al cliente a definir en términos concretos el cambio mínimo (R202, 203) y el coterapeuta propone que esta pregunta se la lleve el cliente a modo de prescripción para esta semana (R207-209). El cliente realiza una pregunta para clarificar como debe hacer la tarea ya que al parecer no comprendió lo que tenía que hacer (R211, 212) y el terapeuta hace la especificación (R214) concluyendo la sesión.

En esta tercer sesión podemos apreciar como el cliente reporta mejorías consecuencia de las intervenciones que se han realizado en las sesiones previas, a pesar de que el cliente reporta estar mejor en cuanto a definir su orientación

sexual el tema de la familia constantemente salta durante la entrevista, mostrándonos que para el cliente es un tema muy delicado que le genera malestar.

Es una sesión donde la postura de la familia se confirma una vez más como tradicional donde las orientaciones sexuales diversas no son aceptadas ni respetadas lo que explica perfectamente porque Josué siente una gran angustia por la reacción que tendría su familia si lo supieran. Pese a que el terapeuta trabajó con el mensaje previo de no hacer pública su orientación sexual si lo van a rechazar, Josué mostró que decírselo a la familia es un intento por parar los constantes comentarios de la madre y las tías aun cuando esto lejos de traerle tranquilidad le genere más problemas.

Finalmente el cliente mostró tener mucha más claridad sobre su orientación sexual y solicitó ayuda para ganar más confianza y poder aceptarlo abiertamente de manera personal.

La familia tradicional Resumen sesión 4:

El terapeuta da inicio a la entrevista con la pregunta de inicio de segunda sesión y subsecuentes (R7), el cliente reporta que los cambios obtenidos hasta la sesión anterior se han mantenido y reporta una mejoría (R10-12). El terapeuta continúa la sesión con la revisión de la tarea en turno (R14) y el cliente no responde de manera directa la pregunta pero plantea un cambio mínimo que pudiese ser trabajable (R21-23) y muestra un cambio en su postura ante la queja inicial (R24-27); el terapeuta realiza una pregunta para indagar sobre el cambio en la posición del cliente (R29), el cliente responde y muestra un cambio más que realizó (R31-33) y cómo influyó éste en su cambio de postura (R33-36); es un ejemplo del efecto bola de nieve. El terapeuta realiza una maniobra de oportunidad entregando el mensaje de no apresurarse (R37) en este proceso que para el cliente es nuevo.

El terapeuta realiza una pregunta para conocer la postura del cliente ante una de las quejas secundarias, el tema de decírselo o no a los demás (R47); el cliente responde mostrando un cambio en su postura ante esta queja (R49-51) y el coterapeuta realiza una pregunta para hacer explícito el lenguaje del cliente (R53, 54). El cliente responde de forma concreta y muestra otro cambio en su postura ante la queja (R56, 57) y a su vez, menciona que el tema de la familia es lo que más le preocupa de las quejas secundarias (R58, 59).

El terapeuta continúa con el desarrollo de la sesión retomando el cambio mínimo y el cambio en la postura que el cliente había planteado al inicio de la entrevista (R61, 62). El cliente confirma que está de acuerdo con el cambio mínimo propuesto (R64). Después se realiza una pregunta para indagar el cambio de postura en la queja inicial (R66-68) ya que Josué muestra con seguridad que tiene claro cuál es su orientación sexual; el cliente comenta que no puede seguir negándolo (R70-72) y da unos ejemplos de las primeras veces que fue consciente de su atracción por el mismo sexo (R72-75) y vuelve a hacer explícito su cambio de postura ante la queja inicial (R75-79) (definir si soy homosexual o no) y da ejemplos de acciones concretas que ha llevado a cabo y que le han permitido tener claridad en cuanto a la definición de su orientación sexual (R79, 80).

El coterapeuta aborda la entrevista preguntando por las acciones realizadas por Josué para conocer su postura sobre ellas y cómo se ha sentido con la experiencia (R82, 83,) el cliente comenta que aún le causa confusión el proceso de exploración (R90, 91) sin embargo continua mostrando el cambio en su postura ante la queja inicial (R92-95) y comenta brevemente la situación con su ex pareja sentimental (R95-102) dando como ejemplo que una vez que la queja principal comenzó a desbloquearse las quejas que estaban a su alrededor (pareja sentimental, familia y amigos) de manera natural empiezan a resolverse. El cliente

finaliza mostrando un cambio en su postura mencionando que si los demás no lo aceptan es algo que por ahora no le preocupa (R102-105).

El coterapeuta realiza una pregunta retomando esto último que menciona el cliente ya que se atribuye este cambio en su postura a la intervención de no apresurarse (R107), Josué confirma que le ha sido de utilidad la intervención (R109, 110) y continua mostrando cambios en su perspectiva sobre la queja inicial (R110-112), así mismo confirma nuevamente que el tema de la familia le preocupa, sin embargo muestra un cambio en su postura ante esta queja (R112-115) ya que le incómoda o le molesta pero por ahora decide no hacer nada respecto a ello.

En este punto de la sesión el terapeuta da un ejemplo muy claro de cuando no escuchamos a los clientes, ya que realiza un par de preguntas para definir el cambio mínimo el cual fue planteado por el cliente desde que inició la entrevista y posteriormente fue retomado por el mismo terapeuta (R117,118); el cliente comenta alguno de los cambios que ha obtenido (R120, 121) y lo que esperaba de la terapia (R121-127) y menciona nuevamente el cambio mínimo que planteó al inicio de la entrevista (R127, 128). El terapeuta realiza una pregunta para definir en acciones concretas a que se refiere el cliente (R130), Josué expresa en términos de acciones qué es lo que espera del tratamiento (R132, 133), menciona nuevamente el tema de la familia y cuanto le preocupa (R134-138).

Es ahora el coterapeuta quien da otro de ejemplo de cómo no escuchamos al cliente ya que realiza un par de preguntas que fueron previamente contestadas por Josué (R142-145) sin embargo esto sirve porque Josué da un poco más de información detallada sobre el cambio en su postura ante la queja inicial (su orientación sexual) (R147-149) y desde cuando él se sabía diferente (R150-155), concluye comentando que quizá sea algo que no le comparta a los demás (R155-159), mostrando así los efectos de la intervención en un cambio en su postura ante esta queja. El coterapeuta utiliza la oportunidad y vuelve a trabajar con el mensaje previo (no apresurarse a decir su orientación sexual si va ser rechazado) (R161-165) y el cliente da una respuesta que confirma que la intervención calza con su postura y acepta el mensaje (R167, 168); el cliente comenta que hay un porcentaje de temor de no ser aceptado por ciertas personas (R169, 170) y el terapeuta realiza una maniobra de oportunidad normalizando su sentimiento (R172).

El cliente comienza a exponer el tema de la familia (R174-177) y aunque muestra un cambio en su postura hace explícito qué es lo que más le afectaría si sus padres no aceptaran su orientación sexual (R178-181). El coterapeuta realiza una pregunta para saber qué es lo que el cliente desea hacer sobre su proceso de aceptación (R183) ya que si bien, fue sugerencia de los terapeutas que iniciara el

proceso de exploración es el cliente quien pauta el ritmo al que avanza dentro del proceso. Josué responde la pregunta del coterapeuta en términos concretos (R185, 186) y expone su postura ante la homosexualidad (R186, 187) y lo que le preocupa acerca del ambiente gay (R187-191) por lo que realiza un par de preguntas sobre sus nuevas inquietudes que se presentan a partir de que comenzó a aceptar su orientación sexual (R191, 192). El coterapeuta realiza una maniobra de normalización (R194-197) y el terapeuta complementa la intervención (R199) y le recuerda al cliente que tiene la capacidad de elegir (R199, 200) mencionándole que no debe apresurarse a este escenario hasta verse inmerso en él (R200-205).

El cliente continua haciendo explícita su postura sobre la homosexualidad (R207, 208), el terapeuta realiza una maniobra para introducir el pensamiento circular en el cliente (R210-213) y realiza una normalización (R214-215), el terapeuta repite el mensaje con la intención de introducir circularidad al pensamiento del cliente (R219) ya que como diría Karin Schlanger *“no porque digas las cosas una vez se hacen realidad”* (Karin Schlanger, comunicación personal, 2019); el cliente parece aceptarlas (R221); el coterapeuta hace una validación explícita de la postura del cliente (R223-226). El cliente hace referencia a una prescripción de la sesión pasada (R228, 229) lo cual lo muestra como cliente ya que recuerda las tareas y las lleva a cabo y hace explícita su postura sobre sí mismo como homosexual (R233, 234), el terapeuta hace un par de preguntas a modo de revisión de la tarea y normalización (R236-240) y Josué nuevamente hace explícita su postura respecto a aquello que le incómoda de la homosexualidad (R242-246) por lo que el terapeuta continua con la introducción del pensamiento circular ante la postura expresada por Josué (R248-253); se realiza la pausa de intersesión (R255).

El terapeuta reanuda la sesión entregando al cliente un mensaje donde el mensaje implícito es “no apresurarse” ya que hasta esta sesión él ha logrado definir su orientación sexual y lo siguiente en el proceso de aceptarla es que él conozca los diferentes aspectos de la diversidad y tenga claridad sobre lo que le agrada y lo que no, es parte del proceso que el cliente debe realizar, ya que la terapia no concluye en el momento en que él acepta su orientación ya que el hecho de aceptarla es únicamente el inicio de un proceso más complejo (R259-262). Concluye la sesión con la fijación del marco de tratamiento (R270, 271) para la siguiente cita indicando la fecha.

Esta entrevista es muy importante ya que Josué comenta que ha iniciado con el proceso de exploración ya que se asume como homosexual y este le está siendo de utilidad para ganar seguridad en la definición y aceptación de su orientación sexual. Es la primera vez que Josué se muestra menos agobiado por el hecho de identificarse como homosexual y comenta que la situación con su ex pareja

sentimental ha concluido lo que nos permite mostrar que trabajar con la puerta que se nos abre (la queja por la cual nos viene a ver) es la mejor opción para el terapeuta breve, ya que ahora que Josué reconoce que es homosexual y ha iniciado el proceso para aceptarlo, temas secundarios como el de la pareja sentimental se han ido resolviendo o ya no representan un problema para nuestro cliente.

El tema de la familia es abordado en diferentes momentos de la sesión y aunque pareciera que Josué únicamente se queja o habla de esto sin alguna intención en particular cada que nos comenta sobre su familia nos brinda información que es de gran importancia ya que nos ayuda a entender mejor su postura y porqué en algún momento aceptar lo que él llama "*mi realidad*" le ha sido tan difícil. Los terapeutas no hacen mayor intervención en cuanto al tema familiar ya que eventualmente conforme Josué tenga menos dudas y/o miedos sobre su orientación sexual esta queja se modificará.

En esta sesión podemos observar diferentes cambios en la postura que nuestro cliente tenía sobre su orientación sexual, su familia e inclusive sobre si hablarlo o no, no obstante el cliente necesita continuar desarrollando este proceso de exploración el cual le ayudará a identificar qué elementos de la diversidad sexual son con los que empatiza y cuáles son aquellos con los que su postura aun no puede congeniar; por lo tanto dentro de las prescripciones de comportamiento el continuar con la exploración del ambiente gay es una intervención que le hará ganar terreno tanto al cliente en su proceso de aceptación como a los terapeutas en su labor de intervenciones que promuevan el cambio.

La familia tradicional Resumen sesión 5

El coterapeuta da inicio a la entrevista con la pregunta de inicio de segunda sesión y subsecuentes “¿Qué tan mal han estado las cosas?” (R11), el cliente responde “¡Qué tan bien! (R13) estableciendo una diferencia en esta sesión con respecto a las previas. El iniciar preguntando “¿Qué tan mal?” no significa que estamos prediciendo o asumiendo que al cliente le ha ido mal, por el contrario es una pregunta que nos permite hablar del cambio ya sea que se hayan presentado situaciones difíciles o positivas para el cliente.

El coterapeuta realiza una pregunta para poder explorar que fue lo que ocurrió esta semana que todo ha ido bien para el cliente (R19), Josué comienza reportando una mejoría (R21) y comenta que los cambios que había reportado se mantienen (R21-24) así como el proceso de exploración que ha llevado a cabo (R24, 25) y cómo se ha sentido con esto (R25-27). El coterapeuta realiza una pregunta para conocer cómo ha llevado el cliente el proceso de exploración (la prescripción de la sesión previa); Josué reporta una mejoría (R31) y un cambio en su postura en el ambiente gay (R31-33).

El coterapeuta realiza un par de preguntas para indagar en la postura del cliente (R35-37) ahora que ha convivido más en el ambiente gay, Josué no responde directamente las preguntas pero reporta cambios y mejorías (R39-44), uno de los cambios que comenta es que ha establecido nuevas amistades fuera del círculo social donde se desenvolvía (R49-51). El terapeuta realiza un par de preguntas para conocer la postura del cliente ante este cambio en su círculo social (R53-56); Josué responde con un cambio en su postura ante el tema de las amistades (R58-62) el cual fue parte de las quejas que estaban alrededor de la queja inicial.

El coterapeuta continua la entrevista con una maniobra para corroborar el cambio en la postura de Josué ante la queja de hacer pública o no su orientación sexual (R64-67), el cliente además de confirmar el cambio en su postura ante esta queja (R69), reitera que ha obtenido mejorías (R69-71) y hace explícito su cambio en la percepción que tenía ante la queja inicial (definir su orientación sexual) (R71-73). Una vez que los terapeutas obtienen estas respuestas orientadas al cambio, el coterapeuta realiza una pregunta para conocer la atribución que hace el cliente del cambio (R74), el cliente responde comentando que todo es debido a que ahora se acepta “como realmente es” (R76) lo cual nos indica que el cambio mínimo ha sido alcanzado.

El terapeuta realiza una pregunta para saber qué ha ocurrido con el tema de su orientación sexual (R78, 79), Josué reporta que no ha sucedido nada diferente y muestra un cambio en su postura ante esta queja (R81-83) así mismo comenta el proceso que ha llevado antes y durante el tratamiento (R84-89). El coterapeuta

realiza una validación (R91) y elabora una pregunta para explorar las quejas que estaban alrededor de la queja inicial (R92-97); el cliente responde con su postura ante la terapia y muestra un cambio en su postura ante la queja de la familia (R98, 99) y continua haciendo explícito el cambio en su postura ante la queja inicial (R100-107), lo cual muestra los efectos de las intervenciones y da mayores indicios que el cambio mínimo ha sido alcanzado.

El coterapeuta realiza una pregunta para conocer si se ha alcanzado el cambio mínimo (R109-111) y elabora una pregunta de escala para evaluar el cambio (R115-117); el cliente se posiciona en un 8 de 10 lo cual es alto (R119, 120) y comenta que se ha aceptado como homosexual y que le faltaría la parte de abordarlo con los demás pero por ahora no es algo que le interese hacer (R120-122) y muestra un cambio en su postura ante la queja de los círculos sociales (R122-124). El coterapeuta realiza una pregunta para saber si el cambio que ha obtenido el cliente es suficiente o si falta algo por hacer (R126-128); a pesar de que el cliente no contesta directamente sugiere que los cambios que ha obtenido han sido suficientes y satisfactorios (R130-134) y reporta un cambio en su postura ante una de las quejas que era el cómo iba a desenvolverse en el ambiente gay y cómo expresar su homosexualidad lo que sugiere que las intervenciones han tenido efecto (R134-136).

El cliente continua comentando que en su trabajo se enfrentó a un escenario que le preocupaba que ocurriera (R136-140), el coterapeuta realiza una pregunta para explorar lo que sucedió (R142); el cliente menciona la situación que se presentó en su trabajo (R144-147) además de cómo lo solucionó (R147-149) y esto es un ejemplo de cómo ha cambiado su postura (R150-153) el cual despierta curiosidad por lo que el coterapeuta hace una pregunta para indagar sobre este cambio en su postura (R155-156); el cliente da una respuesta que además de mostrar el cambio en su postura hace explícito que el cambio mínimo ha sido alcanzado (R158-161), el coterapeuta realiza una pregunta más para obtener más información sobre la postura del cliente (R163,164) y Josué responde mostrando que su postura tiene una nueva perspectiva (R166-168).

El cliente prosigue haciendo explícita su postura ante algunos aspectos de la homosexualidad (R169-173), el coterapeuta realiza una validación (R175-177) sobre la postura del cliente y el terapeuta hace una pregunta para explorar el tema de la familia (R184) ya que hasta este punto de la sesión a diferencia de otras entrevistas el tema familiar no se ha tocado. Josué responde mostrando un intento de solución (R186) por lo que el terapeuta realiza una pregunta para evaluar si la queja continua teniendo el mismo valor de incomodidad y preocupación para el cliente (R188), Josué responde que la situación es exactamente igual (R190, 191); el terapeuta elabora una pregunta más para conocer si pese a que la situación es

la misma ha habido algún cambio en la queja (R193) y el cliente comenta que no le da tanta importancia como anteriormente lo hacía (R194). Este es un ejemplo claro que una vez que Josué logró aceptar su orientación sexual y las quejas secundarias no han cambiado pero ya no representan un problema para el cliente.

Josué comienza a hablar del tema de la familia (R195-197) y menciona que él piensa que su madre comienza a darse cuenta de su orientación sexual (R197-203), el terapeuta realiza una pregunta para saber si Josué tiene evidencia sensorial de ello o si es algo que él piensa únicamente (R206); el cliente comenta que no tiene evidencia concreta (R208, 209) sin embargo él ha notado una diferencia en la situación de la presión que ejercían sobre él (R209-211) por lo cual el terapeuta realiza una pregunta para hacer explícito el lenguaje del cliente (R213) y Josué responde mostrando un cambio en su postura (R215,216).

El coterapeuta utilizando el ejemplo de la situación previa a la que se enfrentó el cliente y el manejo que tuvo de esta realiza una pregunta para conocer la postura de Josué si algo similar pasara con su familia (R218, 219), Josué comenta que no sabe cuál sería su reacción pero muestra un cambio en su postura de sentirse obligado a decirle a su familia a no ocultarlo pero no ser él quién les diga directamente (R221-227). El terapeuta realiza una pregunta para conocer la atribución del cambio en la postura de Josué (R229, 230), el cliente comenta que se siente mejor y menciona los cambios obtenidos durante el tratamiento (R232-234) y menciona que por ahora desea no adelantarse a pensar en esos escenarios (R235-237) lo cual atribuimos como efecto de las intervenciones previas; el terapeuta realiza la pausa de intersesión.

Los terapeutas retoman la sesión; el coterapeuta entrega un mensaje por parte del equipo terapéutico, realizando una par de validaciones de los cambios obtenidos por el cliente (R244-247) (R248-251) y una normalización del proceso (R251-253) y hace una validación del manejo de la situación que llevó a cabo el cliente ante la dificultad que se le presentó (R253-255). El terapeuta da una prescripción de comportamiento (R258-261) la cual consiste en continuar con el proceso de exploración, lo normaliza (R261-263) y valida como lo ha hecho hasta ahora (R263); el cliente confirma que acepta el mensaje y la prescripción (R267).

El coterapeuta finaliza la sesión con la fijación del marco de tratamiento (R269) indicando la fecha de la siguiente sesión (R281).

Esta sesión es muy emotiva ya que a lo largo del desarrollo de la entrevista el cliente reporta cambios en diferentes temas y aún más importante en la queja inicial por la que acudió al servicio de psicología mostrando que el cambio mínimo que el cliente planteó para trabajar se ha alcanzado con éxito.

El tema de la familia es uno de los que más le preocupaba a Josué y en esta entrevista reporta diferentes cambios así como en la postura que el cliente tenía sobre su familia, de tal suerte que él le ha comenzado a dar menos importancia a los comentarios que hacen para presionarlo sobre el tema de formar una familia, esto inclusive ha derivado en que Josué cambie su percepción sobre el cómo le dicen las cosas y ha llegado a pensar que quizá su madre comienza a darse cuenta de su orientación sexual.

En cuanto a su ex pareja sentimental es otra de las quejas que presentó un cambio muy significativo ya que Josué comenta que pese a la ruptura fue la mejor decisión que pudo haber tomado y se siente mucho más tranquilo con la elección, esto nos permite ejemplificar que pese a que estas quejas no están resueltas el que Josué haya logrado definir su orientación sexual reduce cuan molesto o preocupante eran estas para él.

En esta entrevista el cliente continúa reportando que los cambios obtenidos a partir de la segunda sesión hasta la actual se han mantenido e inclusive se han hecho más grandes por lo que los terapeutas comienzan a espaciar las sesiones con el mensaje implícito de “ahora que las cosas están mejor no es necesario vernos tan seguido”, preparando así el fin del tratamiento.

La familia tradicional Resumen sesión 6

La entrevista comienza, el coterapeuta realiza la pregunta de inicio de segunda sesión y subsecuentes (R5), el cliente comenta que los cambios que ha reportado a lo largo de las sesiones se han mantenido (R7, 8) y hace explícita su postura (R8) la cual muestra un cambio. El coterapeuta hace un resumen de los cambios obtenidos (R10-12) y realiza la revisión de la tarea que se indicó la sesión previa (R12-14).

El cliente menciona que ha llevado a cabo la tarea (R16, 17), el coterapeuta realiza una pregunta para conocer la postura del cliente ante esta situación nueva (R24); Josué hace explícita su postura en cuanto al proceso que ha llevado (R26-28) (R31, 32), la red de apoyo del cliente muestra preocupación por la reacción de la familia de Josué (R32-34) ante todo ese proceso de aceptar su orientación sexual, lo que confirma la postura tradicional que ha sido uno de los temas que generaban preocupación al cliente. Josué comenta la intención de involucrar a sus amigos cercanos en este proceso (R36-39) lo que da evidencia de su cambio en la postura ante el problema y deja ver los efectos de la intervención “no apresurarse” (R40, 41) la cual ha estado presente en cada una de las entrevistas a lo largo del caso.

El coterapeuta continúa la sesión preguntando por la postura de Josué ante el tema de su familia (R43), él responde que la perspectiva que tenía sobre ello y las implicaciones negativas se han modificado a lo largo de las entrevistas (R47-52) (R60-62). El coterapeuta realiza una validación (R65-68) y normaliza (R68-71) el proceso que ha llevado el cliente durante este tiempo, así también pregunta por el tema de la familia, para conocer la postura de Josué actual en relación a ello, ya que para él era una de las cosas que más le preocupaba (R72).

El cliente comenta que la familia ha tenido cambios en cuanto al tema de su relación y sobre su vida sentimental (R74-78), con cual él está más tranquilo y se siente menos presionado, así mismo él reconoce que su postura ante ellos se ha modificado con las intervenciones de las sesiones; el coterapeuta realiza una pregunta para indagar más sobre el cambio en la postura de Josué (R80). El cliente reporta el cambio en su postura ante la queja del tema familiar (R82, 83) y muestra su postura sobre sí mismo una vez que ha logrado definir y aceptar su orientación sexual (R84-86).

El coterapeuta pregunta por las crisis que presentaba el cliente al inicio del tratamiento, con la finalidad de corroborar si los cambios que había reportado en la sesión previa se han mantenido o no (R90, 91); Josué reporta que se ha mantenido, si bien no está resuelto, para él ya no significa un problema (R100-102) y hace explícita su postura ante ese tema (R109-113) e inclusive muestra un

cambio en la postura que tenía en cuanto al tema de que sus amigos cercanos pudieran enterarse de su orientación sexual (R113-115); el coterapeuta realiza una validación sobre el proceso que ha llevado Josué y los cambios que ha obtenido (R117).

La sesión continua y Josué comenta que sus relaciones interpersonales en el ambiente gay han crecido, reportando así un cambio no solo en su postura ante la comunidad gay sino ante si como homosexual (R120-122); el coterapeuta hace una pregunta para identificar la atribución al cambio (R124, 125), Josué hace explícita su postura ante el cambio ahora que ha definido y aceptado su orientación sexual (R127-129) y comenta que se presentó una de las situaciones que le preocupaba que ocurrieran, el encontrarse con alguien que lo reconociera dentro del ambiente gay (R131-140). El coterapeuta realiza una pregunta para saber cómo manejó el cliente esa situación (R142); Josué describe cómo se sintió ante la situación (R144-149) y cómo la manejó (R154-156).

El coterapeuta realiza una validación ante el manejo de la situación (158-161), y el cliente en su discurso da una ejemplo del cambio generado por la intervención de “no apresurarse” (R166-169) lo que confirma que el cambio reportado en la sesión previa continua manteniéndose y haciéndose más grande. Ante los cambios reportados el coterapeuta realiza una validación (R171) y prepara el fin del tratamiento (R172-174); el coterapeuta planea espaciar la sesión a mes y medio (R178, 179) y Josué hace explícita su postura ante el tratamiento (R185), concluyendo así la sesión.

Esta es la última sesión del caso de Josué, pese a no tener un alta formal se considera como de éxito, ya que él logró definir y aceptar su orientación sexual, que fue su motivo de consulta original. Hubo otros temas que él planteo como problemas, los cuales si bien no se resolvieron ya no representaban incomodidad o molestia para el cliente en este punto del tratamiento; en la terapia breve el tratamiento puede concluir cuando el problema por el que acude el cliente se ha resuelto o bien ya no representa un problema para el consultante, como es en este caso.

En esta entrevista hay varias cosas importantes que puntuar: la primera de ellas es que Josué se muestra mucho más tranquilo e inclusive podríamos decir que feliz, desde que el coterapeuta le pregunta “¿qué tan mal ha estado?” su respuesta muestra que sesión a sesión la mejoría ha ocurrido y ha llevado a otros cambios en el sistema, tipo efecto de bola de nieve. La segunda es que el cliente reconoce su orientación sexual y la acepta con agrado; Josué llega a consulta muy preocupado por definir su orientación sexual y lleno de dudas, el reconocer que tenía una orientación sexual diferente a la que aparentó por muchos años lejos de

darle tranquilidad le generó angustia en un primer momento ya que para la sesión tres y cuatro no le preocupaba el considerar si era homosexual o no, sino el hecho de ser un homosexual afeminado, en esta sexta y última sesión habla con naturalidad del ambiente gay, de las relaciones interpersonales y sentimentales que está estableciendo y se asume como un hombre homosexual sin ningún tipo de dificultad; es cierto que hay temas por resolver como el que aún le da temor que su familia lo descubra, sin embargo es parte de este proceso de salir del closet, es un proceso donde no podría dar pasos agigantados por todo lo que trae en su marco referencial, es un cliente al que dar pasos pequeños pero firmes le permitió asimilar la realidad que lo atemorizó por muchos años.

El tercer punto en el que hay que hacer énfasis en este proceso de cambio para Josué se encuentra la parte social, es decir, sus amigos más cercanos, con quienes al principio se mostró renuente a compartir su orientación sexual; en esta última sesión el cliente ha compartido con ellos su orientación y ha encontrado apoyo incondicional lo cual aligeró el proceso para él y le dio “fuerza” para hacer frente al cuarto punto. La familia nuclear de Josué; la postura de la familia “tradicional” como la define Josué era una de las principales preocupaciones que él manifestó, antes de definir su orientación y aceptarla, la reacción que tuvieran ellos era un tema que constantemente salía en la conversación durante las sesiones clínicas. La intervención por parte del equipo terapéutico logró que el cliente tuviera una percepción diferente sobre su relación entre la familia y su orientación sexual, ya que al no sentirse en la obligación de decírselo a sus padres eso le permitió explorar y aceptar su homosexualidad sin prejuicios ni culpas.

Todos estos cambios obtenidos a lo largo del tratamiento y que en esta sexta sesión él comentó que aún no está todo resuelto pero él está bien, es el mejor ejemplo de que muchas veces un tratamiento y un caso no siempre termina con un alta formal o con una sesión de despedida para el cliente, constantemente los terapeutas puntuaron y validaron los cambios alcanzados por el cliente, lo que permitía tenerlos presentes constantemente. El trabajo de los terapeutas no implica por completo permanecer junto al paciente hasta que todos los cambios se concreten, ya que la principal intervención e intención del terapeuta breve es lograr que el cliente piense y haga cosas diferentes y de esta forma iniciar que los cambios se generen y se vayan haciendo más grandes, es la principal función de ayudar a la gente que llega a terapia a encontrar esos recursos que le permitan resolver problemas por ellos mismos, recursos que en la gran mayoría de las ocasiones están ahí pero se opacan ante las dificultades y constantes repeticiones de intentos de solución, hacer más de lo mismo, buscando resolver el conflicto.

Presentación del caso clínico 3. (Laura, 50 años, divorciada, empleada, su hijo adolescente de 15 años le ha confesado que no le gusta ser hombre pero ella no sabe cómo ayudarlo) (Luis, 15 años, no estudia ni trabaja, le confesó a su mamá que no le gusta ser hombre).

Escenario: El caso de Laura y Luis fue atendido en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas en el marco del programa de Servicio Social a cargo de la maestra Clara Haydee Solís Ponce; dentro de la cámara de Gesell del área de psicología clínica.

Participante: La cliente es una Mujer de 50 años de edad, empleada, divorciada desde hacía ya 13 años, madre de Ángel de 19 años y Luis de 15 años, que son los integrantes de su familia.

Motivo de consulta: Cuando se le pregunta ¿Cuál es el problema? La cliente responde “decía: *no me gusta ser hombre*” (S.1 R20-22). Para Laura el que su hijo le confesara eso fue algo sumamente sorpresivo (S.1 R53-55), lo que ha generado conflictos entre ellos desde la confesión hacía ya 5 meses.

Objetivo terapéutico: Durante la primer parte del tratamiento fue difícil establecer un cambio mínimo trabajable ya que la cliente sesión a sesión exponía posturas ambiguas sobre querer apoyar a Luis pero en acciones demostraba que no se sentía muy segura de que Luis lo hiciera (S.1 R195-200) (S.1 R284-287) (S.2 R89) (S.2 R149, 150) (S.2 R161, 162) (S.2 R174) (S.2 R348-350). En la segunda parte del tratamiento la situación no fue diferente, el cambio mínimo se planteaba abstracto o no era algo trabajable en terapia (S.4 R99-101) (S.4 R169) (S.4 R379) lo cual derivó en no tener un cambio mínimo definido de manera concreta, sin embargo siempre se hizo alusión a que la meta de Luis era realizar la transición (S.3 R98) (S.3 R102) (S.4 R23, 24).

Selección de Intervenciones que se llevaron a cabo: A lo largo del tratamiento se realizaron diferentes intervenciones, entre las principales: normalizaciones, validaciones, reencuadres, prescripciones y mensajes para flexibilizar la postura. No obstante la gran mayoría de estos eran minimizados u opacados por las quejas emergentes, siendo de poca ayuda para el consultante (S.7).

Evaluación de los resultados: La terminación del tratamiento en sus dos etapas se interrumpió a causa de una deserción por parte de los usuarios. Al momento de hacer la llamada de seguimiento Fisch y Schlanger (2002) Laura comentó que el tratamiento no había sido de ayuda (*Llamada de seguimiento R24-27*) y que realmente no había aportado nada en la resolución del problema (*Llamada de seguimiento R40-42*); no obstante estando en el tratamiento Luis había iniciado ya la transición (S.4 R16-18) (que era el motivo de consulta).

En la última sesión Luis iniciaba ya con cambios físicos (S.7) pese a que Laura continuaba mostrando ambigüedad en su postura respecto a apoyarlo o no; finalmente en el periodo en que se realiza el seguimiento Luis había concluido con su hormonización y su expresión de género era femenina (*Llamada de seguimiento R51, 52*). Aun cuando no adjudicaban el haber alcanzado la meta (realizar la transición) como parte del tratamiento psicológico que recibió en la clínica, el inicio y cambios que para Luis eran importantes en ese momento fueron desarrollados dentro del marco del tratamiento del programa de servicio social.

Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 1

Contexto de inicio de sesión: La señora Laura llega a la clínica muy alterada buscando algún psicólogo que la pueda atender, la Terapeuta le pregunta cuál es el motivo de consulta por la que requiere el servicio así que rápidamente Laura comienza a contar el por qué requiere el servicio a la que la terapeuta le pide que entre al consultorio para poder atenderla mejor.

La sesión da inicio cuando la terapeuta pregunta a la madre de Luis qué fue lo que él le dijo (R12). Laura le comenta lo que su hijo le dijo en Octubre (R22), haciendo así la identificación del problema y dentro de su discurso expresa su postura ante la queja (R24, 25) e intentos de solución (R26).

La terapeuta realiza una validación de la postura del cliente ante la queja (R28) y la cliente continua relatando lo que sucedió aquel día, explicitando su postura ante la queja (R30), sus intentos de solución (R31), la postura del paciente identificado ante la queja (R30-32) y ante el tratamiento psicológico que recibió previamente (R35).

La terapeuta realiza un resumen de la información obtenida hasta el momento (R37) y formula una pregunta para continuar indagando en la postura del cliente (R41). La cliente comenta su postura ante una queja trabajada bajo un diagnóstico previo (R43, 44) así mismo hace explícitos sus intentos de solución (R45, 46) y la postura del paciente identificado ante el tratamiento que llevo a cabo con anterioridad (R46, 47).

La terapeuta formula un par de preguntas para conocer la postura de la cliente ante la queja por la que acuden actualmente al servicio de psicología (R50, 51) (R57) (R61); la cliente responde exponiendo su postura ante el problema (R53-55) (R63, 64) (R65-68) y ante su hijo (R64, 65). La terapeuta pregunta para indagar los intentos de solución de Laura (R70) ella responde (R72); la terapeuta realiza maniobras de no apresurarse (R75-78) y normalización (R82-88) (R92-94) (R98, 99). Laura parece aceptar el mensaje de la terapeuta (R90) (R96) (R101-102).

La cliente expresa otra queja diferente al problema inicial (R102, 103), la terapeuta realiza una pregunta para hacer explícito el lenguaje del cliente (R105); Laura comenta sobre la queja (R107) y hace explícita su postura ante ella (R108). Al obtener respuestas ambiguas la terapeuta reformula las preguntas para conocer acerca de la nueva queja que la cliente presenta en la entrevista (R110) (R115, 116) (R125) (R130, 131) (R136-137) (R142) (R145, 146), la cliente proporciona mayor información sobre la queja emergente (R112, 113) (R118-123) y muestra su postura ante esta (R127, 128) (R133, 134) (R139, 140) (R144) (R153, 154).

La terapeuta realiza una normalización de la situación (R150, 151) y hace una pregunta para indagar más en la postura de la cliente (R156); Laura responde mostrando su postura (R158, 159) ante la queja y ante el hijo, además muestra un intento de solución para resolver la queja (R159, 160). La terapeuta realiza una pregunta para definir el problema (R162) y Laura responde con su postura ante una tercera queja emergente (R164).

La terapeuta formula un par de preguntas circulares para conocer la postura de un tercer miembro del sistema (R170) (R174, 175); Laura responde con la postura que tiene el hermano de Luis hacia él (R172), dentro del discurso la cliente da ejemplos de la interacción que tienen ambos hermanos (R177, 178) (R180-182) (R188-190) y de intentos de solución que ha realizado el sistema para intentar resolver esta queja (R179, 180) (R183-184).

Posteriormente a haber escuchado tres quejas distintas al motivo de consulta inicial la terapeuta reformula la definición del problema para poder establecer con la cliente un cambio mínimo a trabajar (R192, 193). Laura no responde directamente la pregunta en cambio hace explícita la postura del hijo (R195-197) y muestra otro intento de solución (R198-200); al no obtener una respuesta concreta la terapeuta le pregunta a Laura sobre su postura ante la queja inicial (R202), ella responde (R207, 208) y comenta otro intento de solución realizado (R204-206).

La terapeuta realiza una pregunta para conocer la postura del paciente identificado (R214), Laura comenta la postura de Luis hacia la queja (R216, 217) y al mismo tiempo hace explícita su postura personal (R217-219), muestra diversos intentos de solución que ha realizado (R223-227). La terapeuta realiza una normalización (R229, 230) y prepara la introducción de un mensaje por medio del lenguaje hipnótico (R234, 235).

Dentro del mensaje que la terapeuta lanza realiza validaciones (R235) (R248-250) (R253) (R260-262), reencuadros (R236-240), introduce optimismo implícito (R240-242) para poder trabajar con la cliente de mejor forma y comenzar la venta de la tarea (R243, 244) la cual en esta primera sesión tiene como objetivo bloquear los intentos de solución (R236-239) (R245-248) que Laura ha realizado durante este tiempo y que no han logrado resolver nada.

Para ir concluyendo con la sesión la terapeuta entrega un mensaje con la premisa “no apresurarse” (R257-259) (R259-260) (R268-271), valida la postura de la cliente (R260-262). Laura hace explícita su postura ante la queja inicial (R265, 266) y posteriormente pone sobre la mesa una nueva queja (R273-275) y su postura (R277, 278) ante esta, como esta es planteada al cierre de la sesión la terapeuta no se detiene mucho a indagar al respecto (R280, 281) pero realiza una

pregunta para establecer el cambio mínimo a trabajar (R282); Laura expone su postura ante el tratamiento (R284) y ante su hijo (R287), posteriormente elige de las quejas planteadas el trabajar con la segunda expuesta (R285, 286), aun cuando la queja inicial parecía más preocupante al iniciar la entrevista.

La terapeuta finaliza la primera entrevista estableciendo la fijación del marco de tratamiento para la siguiente sesión con Laura (R289, 290).

Esta primer entrevista está cargada de diversos elementos que deben tener en cuenta al momento de ejecutar una sesión con pacientes que llegan a consulta con una carga emocional muy fuerte; en el caso de Laura se presentó a la CUAS y solo al momento de solicitar información básica para poder agendar una cita comenzó a verter información de gran importancia que no está presente en la transcripción del audio de la sesión pero si en notas de sesión de la terapeuta que atendió el caso.

Laura nos permite apreciar cómo es el trabajo con pacientes que plantean diversas quejas en la terapia, que se sienten agobiados por todas ellas y que de cierta forma desean poder resolverlas todas con la misma urgencia e importancia. Es labor del terapeuta breve, poder filtrar toda esa información ya que al exponer sus quejas o problemas, también nos proporciona información sobre su postura ante ellas e inclusive la postura de otros miembros del sistema familiar.

Uno de los principales retos al trabajar con este caso es que la cliente logre realmente dejar de intentar las soluciones que ha realizado y que lleve a cabo indicaciones, está tan agobiada que difícilmente puede escuchar algo que la tranquilice. Además de que prefirió trabajar con una de las quejas que no fueron el motivo de consulta inicial, no sería extraño que se presente la siguiente sesión con más quejas y con un cambio mínimo diferente a trabajar.

Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 2

Contexto de la sesión: En la CUAS se encuentra Karin Schlanger, directora del Brief Therapy Center, quién como parte de las actualizaciones y enseñanzas docentes para los pasantes del servicio social tiene una entrevista con Laura, madre de Luis:

La entrevista da inicio y Laura le comenta a Karin el antecedente del problema con Luis (R11), la terapeuta realiza una maniobra de “cámara de video” para conocer a detalle cómo se lleva a cabo la interacción en el sistema (R14); la cliente comienza a relatar lo ocurrido con Luis (R27-29) y muestra un ejemplo del tipo de relación que mantiene Laura con su hijo (R29-31), también deja ver intentos de solución para resolver esta situación (R31-34).

La terapeuta realiza una pregunta para conocer la postura del paciente identificado ante la situación (R36), la cliente comenta la postura de Luis (R38) y la suya (R39, 40) mientras hace explícito el problema por el que acuden al servicio de psicología clínica de la CUAS: *-Queriendo o no lo escribió, y me dijo: “no me gusta ser hombre”* (R41). La cliente continúa el relato y menciona un par de intentos de solución realizados (R42) (R44-47), la terapeuta realiza una validación 51 y Laura expone su postura 53 (60-62) y la de Luis (R57, 58) ante la situación.

La terapeuta realiza una confirmación de la información mediante un resumen (R64) y formula una pregunta para definir el problema, ya que hasta el momento Laura no ha concretado sobre el problema que la trae a la consulta (R68, 69) (R73). La cliente muestra un intento de solución (R79, 80) la terapeuta realiza una pregunta para conocer la postura de Laura ante la queja (R83), pero recibe respuestas ambiguas por parte de la cliente (R85) (R89) (R93) por lo cual la terapeuta continúa reformulando sus preguntas con la finalidad de obtener información concreta basada en acciones y no en ambigüedades (R87) (R91).

Finalmente Laura responde haciendo explícita su postura ante Luis y el problema que está ocurriendo (R93, 94) (R99, 100), la terapeuta realiza una normalización (R102) y la cliente continúa exponiendo su postura ante la queja (R104, 105) (R106, 107) (R113-115). La terapeuta realiza una validación (R110, 111) y formula una pregunta para conocer cómo está la queja en el aquí y en el ahora (R117); la cliente no responde de forma directa pero muestra nuevos intentos de solución (R119) (R123); la terapeuta al obtener respuestas ambiguas realiza preguntas para clarificar el lenguaje del cliente (R121) (R125).

Laura expresa su postura ante la queja inicial (R123), la terapeuta realiza un par de preguntas para clarificar el lenguaje del cliente (R125) (R133) (R137); Laura responde mostrando su postura ambigua ante la queja inicial (R139), la terapeuta

introduce optimismo implícito (R141, 142) en un mensaje acompañado de la formulación de una pregunta para establecer el cambio mínimo a trabajar (R146, 147). La cliente responde haciendo explícita su postura (R149, 150) (R154) y la terapeuta pregunta para indagar más en ella (R156-159); Laura responde planteando un cambio mínimo que no es posible trabajar (R161, 162) por lo cual la terapeuta desestructura la paradoja (sé espontáneo) en la que la cliente está inmersa en relación con la queja inicial (R164, 165).

La terapeuta vuelve a plantear la pregunta para definir el cambio mínimo a trabajar (R170-172), esta vez uno que esté al alcance tanto de la terapeuta como del cliente. Laura vuelve a plantear un objetivo ambiguo (R174), por lo que la terapeuta trata de que concrete en acciones el cambio a trabajar (R176); la cliente expone su postura ante la queja (R178) y la terapeuta formula un mensaje donde se puntúan los peligros de la mejoría (R181-183), la interacción que tiene Laura con Luis (R184-186) y se valida la postura de Luis ante la queja inicial (R190).

La cliente continúa mostrando su postura (R192, 193) ante el hijo por lo que la terapeuta realiza un reencuadre (R196, 196) y normalización (R200) (R204) de la situación de Luis ante la queja y e indica una prescripción de comportamiento para la cliente (R206-209); Laura la acepta (R211) y la terapeuta realiza una pregunta para revisar la secuencia interaccional (R213) (R224), la cliente muestra intentos de solución que se han realizado (R219-222), la terapeuta realiza una validación (R234) y una pregunta para ampliar el sistema y su participación en la queja inicial (R234, 235).

Laura continua con la entrevista y en su relato muestra más intentos de solución realizados para intentar resolver el problema (R242-249) así como la postura del padre de Luis (R253, 254), la terapeuta realiza una normalización de la situación (R256) (R260, 261). Laura comenta la postura (R263, 264) (R268-270) del padre de Luis y del Luis mismo (R274-276) y la terapeuta realiza una validación (R266); la sesión continua y la cliente da un ejemplo de la interacción que tiene Luis con su hermano mayor (R294-299) y muestra su postura ante esta relación entre ambos hermanos (R311-313); la terapeuta normaliza que haya molestia por parte de Luis ante la relación que mantiene él con su hermano mayor (R315).

Laura continua y muestra intentos de solución (R317-319) (R323, 324) que solo han perpetrado que la interacción entre ambos hijos continúe siendo hostil y expone la postura del hermano mayor (R324, 325) ante la queja; la terapeuta realiza una distinción entre dos temas que Laura plantea como iguales (R327) (R331).

La terapeuta prepara la salida a intersesión (R335, 336) pero formula una pregunta para establecer el cambio mínimo (R337-341) ya que no ha quedado claro qué es lo que espera Laura de la terapia o cómo se puede ayudarle (R345, 346), Laura por su parte responde a esta pregunta exponiendo su postura ante la queja (R348-350) así que la terapeuta normaliza la situación (R352-354) (R358-362) y vuelve a preguntar por el cambio mínimo (R363). La terapeuta valida la postura de la cliente 367-369 y Laura comienza a hacer explícita su postura hacia la queja (R371, 372) (R376, 377)

La terapeuta da una prescripción de comportamiento (R379-381) para dar pasos concretos en la resolución del problema y formula un reencuadre (R385-387) pero la cliente nuevamente recalca su postura ante la queja (R389) por lo que la terapeuta realiza una maniobra para incentivar el pensamiento circular respecto a la queja (R391, 392) acompañado de normalizaciones (R396) (R400, 401) y validaciones (R400) (R401-403) respecto a la postura del cliente y prosigue a hacer la intersesión (R407).

La entrevista se reanuda y la terapeuta pregunta nuevamente por el cambio mínimo a trabajar (R415) ya que Laura no ha dado una respuesta concreta, también hace un pequeño resumen validando la postura de la cliente (R417-422) y Laura expone su postura ante el hijo (R424); la terapeuta realiza un reencuadre (R426-435) y prepara la venta de la tarea (R438-442) para dar una prescripción de comportamiento (R436-438) (R442-445). La terapeuta pregunta si la prescripción ha calzado con la postura de la cliente y ella parece aceptarla (R449-453) pero expone la postura de Luis (R455, 456) desde su perspectiva por lo que la terapeuta nuevamente prepara la venta de la tarea (R462-466) y remarca la prescripción que tiene que realizar Laura para la siguiente sesión (R458-462).

La cliente continua la entrevista haciendo explícita su postura (R468-470) (R477, 478), la terapeuta realiza una validación (R473-475) y antes de terminar con la sesión pregunta para conocer si ha sido de ayuda la entrevista que ha tenido con Laura (R480, 481), la cliente confirma de manera positiva (R483) pero expone una queja nueva (R483-485). La terapeuta realiza una pregunta para ampliar el sistema en relación con la queja planteada (R488, 489) y Laura expone intentos de solución (R491) y postura de la familia extensa (R491-493); la terapeuta realiza una validación (R495) y prosigue a establecer la fijación del marco de tratamiento para la siguiente sesión (R499, 500), da a la cliente una prescripción de comportamiento (R500-503) e introduce optimismo implícito (R507, 508) en un último mensaje.

Laura parece aceptar el mensaje (R514, 515) y la terapeuta vuelve a recordar la prescripción para la siguiente sesión (R521, 522) finalizando así la segunda sesión (R526).

En esta sesión podemos apreciar la ejecución del modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas por la misma Karin, directora del Brief Therapy Center, es una sesión que representa de manera concreta y clara la dificultad con la que se enfrenta el terapeuta breve cuando el cliente que nos visita en consulta trae consigo una carga emocional muy alta.

La maniobrabilidad que muestra la terapeuta para lograr definir el problema por el que la cliente está en consulta representa la habilidad que el terapeuta debe lograr desarrollar pues sin un problema bien definido se corre el riesgo de avanzar a ciegas y trabajar demasiado por algo que muy probablemente no sea lo que realmente el cliente viene a buscar.

El reto que tiene la terapeuta en esta sesión en particular es, de todas las quejas que se presentan en la consulta cuál es la que realmente puede generar un cambio en el sistema, el cual promueva otros y puedan mover al cliente de sus intentos de solución. El manejo y filtrado de la información debe perfeccionarse ya que en diversos momentos la cliente hace explícita su postura, así como la de otros miembros del sistema que se han hecho partícipes del problema.

Una vez que la terapeuta logra hablar el lenguaje del cliente y utiliza su postura comienza a dar prescripciones las cuales siempre tienen como finalidad que los clientes hagan o dejen de hacer algo que tenga como resultado la generación del cambio. El siguiente paso está en si la cliente realizó las prescripciones y de esta forma el tratamiento se establecerá rumbo al alcance del cambio mínimo.

Esto en el cuerpo equivocado Resumen sesión 3

Contexto de la sesión: Laura se presenta a la sesión posterior a la entrevista que tuvo con Karin Schlanger, directora del Brief Therapy Center, quien le dejó algunas tareas y prescripciones las cuales se espera que haya realizado.

La cliente se presenta a la sesión y la terapeuta inicia la entrevista con la pregunta de inicio de segunda sesión y subsecuentes (R7), Laura responde planteando una nueva queja (R9, 10) por lo que la terapeuta procede a indagar sobre ella (R13) y la cliente argumenta todo el contexto en el que se desarrolla la queja emergente (R15,16) (R20) (R27) por lo que la terapeuta indaga más sobre ella ya que no hay suficiente claridad (R22) (R27).

La terapeuta al indagar recibe una queja de una ideación suicida por lo que procede a realizar una revisión de la situación (R32); la cliente describe brevemente la situación pero plantea otra queja además de la primera expuesta (R33-37). La terapeuta realiza una pregunta para conocer la postura de Laura (R39, 40) ante las quejas expresadas y hace una normalización (R45-47) sobre la situación que le preocupa; la cliente hace explícita su postura (R42, 43) y la terapeuta hace una validación de la misma (R51-53) y la cliente parece aceptar la validación (R55).

La terapeuta realiza una pregunta para indagar sobre las diferentes quejas que se han expuesto a lo largo de las tres sesiones ya que el motivo inicial por el que se requirió el tratamiento parece haberse dejado de lado, ya que Laura ha dado prioridad dentro de las sesiones a las quejas que hay alrededor del motivo de consulta (R57); Laura expresa que le preocupa la confesión que le hizo Luis retomando así el motivo de consulta (R59).

La terapeuta continua la sesión normalizando (R61) y validando (R65, 66) la postura de Laura ante la queja inicial; continua la sesión normalizando el proceso de transición (R69-71) y realiza una validación sobre el apoyo que ha recibido Luis (75, 76) y realiza una puntuación de la interacción en el sistema (R76-80). La cliente realiza una confirmación de la puntuación que hace la terapeuta (R82).

La terapeuta formula una normalización (R84, 85) y un par de reencuadres (R89, 90) (R94-96), Laura muestra su postura (R98) y la de Luis (R102) ante el problema; la terapeuta formula una validación de la postura del paciente identificado (R104-107) y la cliente parece aceptarlo (R109).

La entrevista continua y la terapeuta realiza validaciones (R111) (R115-117) y normalización (R121) de la postura, Laura expone su postura ante Luis y el problema (R123, 124). La terapeuta realiza un mensaje que incluye la maniobra de

no apresurarse (R127, 128), una normalización (R128-130), y un par de reencuadres (R130-134) (R138-141), la cliente parece aceptar el mensaje (R136).

La terapeuta continúa la entrevista preguntando por la postura del padre, esto con la finalidad de ampliar el sistema ante el problema (R145, 146) (R150, 151), la cliente expone la postura del padre de Luis y muestra que también él está preocupado por la queja de la extrema delgadez de Luis (R153-156). La terapeuta realiza una pregunta para conocer si ha habido un cambio en la interacción familiar una vez que el padre de Luis ha mostrado la apertura para apoyarlo en la transición (R158, 159) y realiza una pregunta para conocer la postura de Laura ante el problema, ahora que ha pasado un tiempo desde que Luis le hizo la confesión (R163, 164).

Laura expone la postura del padre de Luis (R166-170), la terapeuta realiza una validación (R172) de la postura y formula una pregunta para ampliar la información del sistema (R176, 177), la cliente expone la postura del hermano desde su perspectiva (R179-185) y la terapeuta realiza una pregunta para revisar la secuencia de los hechos e indagar en la postura del hermano de Luis (R193, 194) (R198), así mismo formula una pregunta para tener clara la postura del paciente identificado (R202, 203).

La cliente continua exponiendo el tema de la familia y las quejas que han surgido alrededor de ello, por lo que la terapeuta continua preguntando por la secuencia de los hechos (R214, 215), Laura expone de manera más detallada la interacción familiar (R217, 218) (R220-224) (R230, 231) (R233), la terapeuta realiza una normalización (R228) y un resumen para confirmar la puntuación de los hechos (R236-247).

La terapeuta realiza una pregunta para conocer si todos estos acontecimientos han generado un cambio en la interacción del sistema (R258, 259) (R264) la cliente asegura que lo ha habido (R261, 262) así que la terapeuta da un mensaje con la finalidad de interrumpir los intentos de solución que Laura ha realizado en los últimos días (R272-274) (R278-286). En este punto de la sesión la cliente realiza una pregunta a la terapeuta con el objetivo de saber lo que ha hecho ha sido correcto o incorrecto (R288) por lo que la terapeuta utiliza la premisa del modelo “no normativos” para evitar ejercer juicios de valor (R290-292).

La terapeuta al utilizar la premisa “no normativos”, logra en lugar de decirle a la cliente sí estuvo correcto o incorrecto lo que ha hecho, puntuar un cambio significativo en la relación entre Luis y su hermano. La terapeuta realiza una validación (R301-303) y un mensaje para interrumpir los intentos de solución (R303, 304) que han realizado; Laura parece aceptar el mensaje de la terapeuta

pero a continuación expone nuevamente la queja del inicio (R307-309), la terapeuta realiza una normalización de la situación (R311, 312).

Laura continua exponiendo la queja (R314), la terapeuta da una prescripción de comportamiento para aminorar la queja (R316-318); la cliente continua haciendo explicita su postura ante la queja (R320) (R333), la terapeuta realiza una maniobra con la finalidad de interrumpir la queja (R322-327) (R331) (335-337) (R341-343) y Laura parece aceptarlo (R329).

La entrevista continua y la terapeuta realiza una validación (R347, 348) y al observar todas las quejas que la cliente trae sesión a sesión prepara la venta de la tarea (R348-350) para poder aminorar su aparición en la sesión. Entrega un mensaje realizando una validación de la postura de Laura y elabora una prescripción de comportamiento para poder interrumpir las quejas emergentes alrededor de la queja inicial (R354-359) (R363-370) concluye con algunas especificaciones de la tarea (R374-375).

Se acerca el cierre de la sesión y la cliente hace preguntas sobre la prescripción (R378), por lo cual la terapeuta revisa las indicaciones, hace las aclaraciones pertinentes (R380-382) y entrega un mensaje con la intención de detener los intentos de solución (R386, 387). La terapeuta valida la postura de la cliente (R391, 392) y repite el mensaje de la prescripción (R397-400); la sesión concluye con un ajuste en la fijación del marco de tratamiento (R405-407) (R411-413).

En esta sesión se puede apreciar la forma de trabajo, dura y desgastante que puede llevar un terapeuta breve al encontrarse con un cliente que parece quejoso; Laura al tener una carga emocional tan grande como la que presenta, no puede evitar querer plantear y expresar todas sus quejas. Sin embargo, si el terapeuta breve se engancha con estas quejas emergentes, que están alrededor de la queja inicial, el objetivo de la terapia se pone en riesgo de perderse de vista.

Cuando un terapeuta breve comienza a atender todas las quejas que se presentan durante el tratamiento puede llegar a trabajar de más, ya que adicional a atender estas quejas, tendrá que atender y trabajar con el motivo de consulta inicial, el problema por el que han venido en primera instancia al servicio de psicología.

En esta sesión se puede apreciar que fue mínimo el tema de conversación que se sostuvo en cuanto al problema y el cómo han avanzado las cosas, lo importante de recordar es que el tiempo que tenemos en la sesión debe estar enfocado en trabajar el problema y sus intentos de solución. Cuando se presenta este tipo de situaciones implica una gran capacidad de maniobra y pericia por parte del terapeuta responsable, para no perder el foco de la entrevista y del tratamiento.

Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 4

Contexto de la sesión: Después de la tercera sesión Laura se comunica por teléfono para comentar que no asistirán más a las sesiones, sin dar mayor explicación. Posteriormente a los tres meses se comunica para solicitar nuevamente el servicio de psicología clínica, se presenta a la sesión Luis con Laura.

Laura se presenta a la sesión acompañada de Luis, la terapeuta da inicio a la entrevista preguntando el motivo por el que han decidido retomar el servicio (R12); Laura procede a responder por Luis haciendo explícita su postura ante Luis (R14, 15), la postura de Luis ante el tratamiento (R15) y explica el por qué habían abandonado el servicio (R16-18). La terapeuta al escuchar que Laura comenta que Luis ha iniciado los tratamientos con el endocrinólogo y que la transición ha comenzado realiza una pregunta para conocer si hay un cambio en su postura ante la queja inicial (R20, 21).

Laura no responde de forma directa la pregunta pero hace explícita la postura de Luis ante el problema (R23, 24), la terapeuta realiza una pregunta para conocer si las prescripciones que se dieron en la última sesión a las que acudió Laura fueron llevadas a cabo o no (R26). Al percatarse que las prescripciones no se cumplieron la terapeuta prosigue a hacer una revisión sobre a quienes más integrantes de la familia extensa han hecho partícipes en el problema (R28-66); realiza una pregunta para conocer la postura de Luis ante esta situación (R68) (R76).

La terapeuta realiza un resumen de la información para confirmar que hay claridad sobre lo que ha pasado en los últimos meses respecto al inicio de la transición (R80-94) y formula una pregunta para definir el cambio mínimo ahora que la transición empezó y han decidido retomar el servicio (R96, 97). Laura da un ejemplo de su postura 1 arriba al responder por Luis (R99-101) y la terapeuta realiza una pregunta para definir el problema (R104, 105) ya que la respuesta obtenida fue bastante ambigua.

Luis responde haciendo explícita su postura ante el problema (R107) (R113), la terapeuta realiza una normalización del proceso (R117, 118) (R122) y reformula su pregunta para definir el problema (R126, 127) ya que no ha obtenido una respuesta concreta. Luis y Laura no responden la pregunta, en su lugar exponen su postura ante el problema (R129) (R131-134). La terapeuta da un mensaje con la intención de incentivar el pensamiento circular (R136, 137) del paciente y realiza un reencuadre (R141-144); Laura muestra su postura uno arriba nuevamente al mencionar que ella ya le había comentado "lo mismo" a Luis (R146).

La terapeuta continúa con la entrevista realizando una validación (R152, 153) de la postura de Luis y formula un reencuadre (R157, 158) de la situación para posteriormente reformular la definición del problema (R162); Luis responde con una postura ambigua ante la definición del problema (R164) por lo que la

terapeuta reformula (R166, 167) puesto que de la forma que Luis lo plantea no es trabajable.

Luis plantea un cambio mínimo que puede estar al alcance del terapeuta y del mismo cliente (R169), la terapeuta ejerce su capacidad de maniobra al pedirle a la mamá que salga para tener la sesión a solas con Luis (R171), Luis hace explícita su postura (R173) y Laura antes de abandonar el consultorio expone una queja nueva (R175-179); la terapeuta ejerce su capacidad de maniobra y concluye la sesión con Laura (R181, 182) (R186).

Luis expone su postura (R192, 193) (R197, 198) y la terapeuta realiza una normalización (R200, 201) y puntúa una paradoja por parte del paciente (R203-206), Luis expone nuevamente su postura (R208); la terapeuta realiza una pregunta para indagar los intentos de solución (R210) y Luis da ejemplo de algunos (R212) y expone su postura ante el problema (R216-219). La terapeuta realiza una normalización y validación (R222, 223) y da un mensaje con la finalidad de fomentar el pensamiento circular (R227-229), realiza una maniobra de prevención (R229-231) (R232-234) y una normalización y validación (R238-240).

La entrevista continua y Luis hace explícita su postura ante la transición (R244-247), la terapeuta plantea peligros de la mejoría (R249), hace una exploración de los intentos de solución (R253, 254), una normalización y maniobra no apresurarse (R254-258). Continúa su intervención con la venta de la tarea (R259) (R263-265) (R269, 270), el paciente parece aceptar el mensaje de la terapeuta (R272); la terapeuta utiliza la maniobra “no apresurarse” en el desarrollo de la transición de Luis (R274-276) y él muestra una contradicción en cuanto a su postura expuesta previamente (R278-280).

La terapeuta retoma la venta de la tarea (R282-288) y realiza una pregunta para saber si la prescripción ha calzado con la postura del paciente identificado (R292, 293), Luis hace explícita su postura ante la queja y muestra que la prescripción ha sido de su agrado (R295-297). La terapeuta realiza un reencuadre (R299, 300), validación (R304) y pregunta para definir el problema (R305); Luis hace explícita su postura sobre una de las quejas que surgen alrededor del motivo de consulta (R307), la terapeuta pregunta para indagar en la postura de Luis respecto a la queja expuesta (R309).

Luis expone la queja (R310) (R323), la terapeuta realiza una intervención introduciendo optimismo implícito (R316-320) y un reencuadre (R320, 321), el paciente responde planteando una queja distinta (R323), la terapeuta realiza una pregunta para indagar los intentos de solución (R325-327) y da una prescripción (R331-335). De nueva cuenta Luis expone una tercer queja (R341, 342) y hace explícita su postura ante ella (R343), la terapeuta ejerce la maniobra “no apresurarse” (R345-347) (R352, 353) y realiza un reencuadre (R359), normalización y validación (R363-365), el paciente responde haciendo explícita su postura (R349, 350) (R361).

La terapeuta utiliza la maniobra “no apresurarse” dentro de un mensaje con el fin de mitigar las quejas que hay alrededor del problema (R369-372), realiza una validación (R376) y pregunta para definir el cambio mínimo (R377). Luis elige trabajar con algo distinto al motivo de consulta inicial (R379) por lo que la terapeuta reformula para poder definir (R380, 381) (R385, 386) Luis insiste en trabajar con algo distinto cambiando el rumbo del tratamiento (R388).

La terapeuta al reconocer las limitaciones que tiene el paciente da una prescripción con la finalidad de ir poco a poco hasta alcanzar el cambio mínimo que el paciente se ha planteado (R390-393) (R397-402), Luis acepta la prescripción (R395) (R408). La terapeuta prepara el cierre de sesión con la fijación del marco de tratamiento para la siguiente sesión (R410, 411) y el cliente expone su postura ante el tratamiento psiquiátrico que está consumiendo (R417); se realiza el cierre de sesión (R426) y se recuerda la prescripción para la siguiente sesión (R434, 435).

En esta sesión se puede observar una situación que podría considerarse clave en el éxito o fracaso del tratamiento, y es el que Luis ha retomado el servicio después de tres meses, porque el endocrinólogo le ha comentado que en el proceso de la transición adicional al tratamiento hormonal es necesario que tenga apoyo por medio de tratamiento psicológico en terapia.

Durante el desarrollo de la sesión se puede observar que la definición del problema y cambio mínimo no están definidos con claridad al obtener en un gran número de ocasiones, respuestas ambiguas por parte de Luis y en su momento de Laura, pese a que la terapeuta reformula y pregunta en diferentes momentos de la sesión no obtiene una respuesta concreta.

La presencia de quejas emergentes durante todo el desarrollo de la sesión es una constante en este caso, obstaculizando el trabajo de la terapeuta y forzándola a trabajar de más, ya que a cada maniobra e intervención tanto la cliente como el paciente exponen una queja y junto con ella su postura y un sinfín de situaciones que surgen alrededor de ello.

Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 5

Contexto del inicio de la sesión: La cliente se presenta sumamente agobiada, comentando que se siente terriblemente, muestra una gran angustia y comienza en el trayecto de la recepción al consultorio a comentarle a la terapeuta diferentes temas que le han generado ese malestar:

La entrevista da inicio (R11) y Laura se muestra sumamente agobiada y afligida muestra su postura ante la transición que Luis está llevando a cabo (R13-15), la terapeuta hace un resumen de la información proporcionada para confirmar (R21-24) la postura de la cliente ante la queja (R28, 29) (R33); Laura confirma la información (R26) (R35) (R39).

La terapeuta realiza una pregunta para indagar en la postura de Laura (R41), la cliente hace explícita su postura ante el problema (R43) (R53-58) (R62-71) (R75) (R79-82), la terapeuta hace una normalización (R47), validación (R51) (R73) (R84) y utiliza las premisas “no normativos” (R60) y “no apresurarse” (R94) (R103-106).

La terapeuta hace un reencuadre (R110-112) (R124-126) y entrega un mensaje (R136, 137) (145,146) (R171-173) con la finalidad que el sistema haga cosas diferentes (R120), Laura hace explícita su postura (R128) (R132) (R143); la terapeuta realiza una normalización (R130) (R166-168), validación (R134) (R155, 156) (R160-162).

La entrevista continúa y la terapeuta realiza un mensaje con el objetivo de introducir flexibilidad (R177, 178) (R187-191) en el sistema e incentivar el pensamiento circular (R182, 183) (R195, 196) (R200, 201); hace una diferencia entre el problema inicial y el ritmo natural de la vida, ya que la cliente percibe una como consecuencia de la otra (R205, 206). La terapeuta realiza una maniobra para plantear en acciones concretas que puedan incentivar el cambio (R210-212) y continua introduciendo circularidad en el pensamiento del sistema (R220-225).

La cliente hace explícita su postura (R228-235) (R238-240) (R244, 245) (R259-261) (R278-282), la terapeuta da un mensaje donde hace validación de la postura, normalización (R241, 242) (R247, 248), reencuadre (R252-257), introducción del pensamiento circular (R263-266) y utilización de la premisa “no apresurarse” (R266, 267) (R271, 272). Laura hace explícita su postura ante el problema (R278-282) (R306-308) (R319, 320) (R322-325) y relata una situación que pasó con Luis donde se puede identificar la relación simétrica que tienen (R287-293) (R295-298) (R301-306) (R310-312) y los intentos de solución que lleva a cabo para pretender arreglar las cosas (R309, 310).

La terapeuta realiza un resumen para confirmar la información (R327, 328), la cliente confirma la información y hace explícita su postura (R334-339) (R341-345)

(R346, 347) (R351, 352) (R354-359) y la de Luis (R334) (R340, 341). La terapeuta continua la sesión introduciendo flexibilidad al sistema (R360, 361) (R365-367) (R379, 380) (R384, 385) (R389-394) y realiza una validación (R367-370) y normalización (R374, 375) de la situación.

La terapeuta entrega un mensaje mostrando la interacción que tiene el sistema (R398-401) y una prescripción de comportamiento (R402-406); concluye el mensaje con una validación (R411-414) y retoma la prescripción previa (R418-421). La cliente hace explícita su postura ante la queja (R416) (R423, 424) (R428) y la terapeuta hace una validación de la misma (R426) (R430) (R433-436) (R441-444) (R452, 453).

Laura expresa sus intentos de solución para poder mitigar la queja (R447-450) y hace explícita su postura ante la queja y el problema (R457-460); la terapeuta continua introduciendo circularidad en el sistema (R453-455) (R462-465) (R468-470) y valida la postura de Laura (R462).

La terapeuta retoma la prescripción con la finalidad de que el sistema comience a hacer cosas diferentes y genere así un cambio (R474-478), refuerza los mensajes previos con el objetivo de introducir el pensamiento circular al sistema (R483-484) (R488-490) (R498-504), ya que parece que el problema y las quejas que hay alrededor de Laura la tienen tan agobiada que no puede salir de una lógica lineal, se prepara para el cierre de sesión (R504, 505).

La terapeuta hace el cierre de sesión recordando la prescripción concluyendo así la quinta sesión del caso (R509).

En esta sesión se puede apreciar al igual que en la sesión previa, el constante tema de las quejas emergentes entre una sesión y otra, el bucle que se puede apreciar como un intercambio entre la terapeuta y la cliente, se expone una queja, se realiza una intervención para poder mitigarla y trabajar con el problema inicial y a continuación la postura u otra queja se presentan de inmediato.

Es muy reducido el porcentaje de la sesión que se pudo trabajar realmente con el motivo de consulta, la mayor parte del tiempo y recursos en la entrevista son destinados a mitigar o resolver quejas que emergen constantemente, sin intervalos o periodos donde se pueda focalizar la atención en la resolución del problema inicial. Aun cuando la transición de Luis ha iniciado la cliente continúa exponiendo una postura si bien, no de desaprobación, si de temor y contradicciones en momentos parece que hay un apoyo incondicional y por otros pareciera que desea que se detenga.

Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 6

La entrevista da inicio con una variante de la pregunta de inicio de segunda sesión y subsecuentes (R6), la cliente responde la pregunta planteando una queja nueva (R8, 9) (R15) y exponiendo su postura ante el terapeuta (R10); el terapeuta realiza una pregunta para indagar en la postura de la cliente (R17, 18), Laura comenta una situación que ha pasado en las últimas semanas, mostrando así que las escaladas simétricas entre ambos están presentes constantemente (R20-22) haciendo explícita su postura ante la situación (R22, 23).

En este punto de la sesión Laura da un ejemplo de como de manera implícita es ella quien desea ser quien defina la relación que tiene con Luis, al no poder hacerlo genera el malestar que plantea y a su vez un sinfín de quejas, pues no tener el control de la situación y de la relación ocasiona que sus intentos de solución solo perpetúen y acentúen los problemas que se han presentado sesión a sesión (R27, 28) (R32-36).

El terapeuta realiza una pregunta para indagar en la interacción del sistema (R38), la cliente responde haciendo explícita su postura ante Luis y el tema de la transición (R40, 41) (R45) (R49) (R54). El terapeuta formula una pregunta circular para conocer la postura de Luis (R56, 57), la cliente responde planteando su postura (R59, 60) y el terapeuta realiza una pregunta con la finalidad de incentivar el pensamiento circular (R63, 64).

La cliente expone su postura ante el hijo (R66, 67); el terapeuta pregunta de manera directa por el problema (R68, 69) y Laura da un ejemplo de cómo inicia una escalada simétrica que concluye en pelea o discusión (R73-75). El terapeuta realiza una validación (R77), la cliente expone la postura de Luis desde su perspectiva (R79) y en su discurso muestra como desea ser ella quién defina la relación, sin embargo Luis no cede a ello generando así más conflictos (R80-83).

El terapeuta hace una puntuación de la interacción (R90-92) y Laura muestra su postura ante la situación (R94), dentro de su discurso expone su malestar por no lograr definir la relación con Luis (R94-96). El terapeuta realiza la pausa de intersesión (R98); la entrevista se reanuda y realiza una validación (R101-103).

Laura expone su postura ante Luis y la situación (R107, 108); el terapeuta prepara la venta de la tarea (R110-113) y realiza una validación (R117-119) e introduce optimismo implícito (R124-126) ya que Laura se muestra sumamente agobiada.

El terapeuta realiza la venta de la tarea (R131-133) (R152-154) y da una prescripción (R139-143) de comportamiento y una indirecta (R165-167). Entrega un mensaje (R159-161) que incluye una normalización de la situación (R158, 159) y validación (R172-174). El terapeuta prepara el cierre de la sesión reforzando la

prescripción indirecta (R178) y Laura expone su postura ante el tratamiento (R182, 183) concluyendo así la sesión (R186).

En esta sesión se puede apreciar que pese a que Laura expuso algunas quejas se pudo focalizar un poco más la sesión en el problema inicial. Sin embargo esto también puede deberse a que la cliente se muestra agobiada, así como un agotamiento marcado y una gran preocupación.

Algo que se puede apreciar en la sesión y que parece haber pasado desapercibido es que la cliente no ha realizado las prescripciones como debía; al no tomar en cuenta ello se le siguen dando prescripciones que muy probablemente no va a realizar.

El tema sobre definir la relación entre Laura y Luis es una situación que había pasado disfrazada entre las múltiples quejas, sin embargo es el motivo por el cual las escaladas simétricas no cesan y las quejas continúan presentándose sesión a sesión.

Estoy en el cuerpo equivocado Resumen sesión 7

Contexto de la sesión: Luis se presenta a la sesión después de haber reagendado dos veces su consulta, dentro de su aspecto físico hay dos cambios notorios que no permite que la terapeuta aprecie con libertad, es el mes de Mayo, hace bastante calor y su cabello teñido es cubierto por un gorro de invierno, su rostro que ahora luce maquillado es cubierto por sus manos y se esconde entre su regazo.

La sesión da inicio y la terapeuta le pregunta a Luis por su nuevo aspecto físico (R13), al notar que no muestra comodidad con su apariencia la terapeuta hace una pregunta para indagar en su postura respecto a estos esfuerzos por mostrar un cambio físico en su expresión de género (R21, 22). Luis da respuestas ambiguas y se cubre el rostro para que no lo miren directamente, la terapeuta da una ilusión de alternativas para saber de qué manera utilizar la sesión en beneficio del paciente identificado (R27-30).

El paciente evade la pregunta de la terapeuta por lo cual ella prosigue a hacer la revisión de la tarea (R34), prescripción que se dejó en la última sesión a la que acudió Luis (Sesión 4 del caso). Luis da respuestas ambiguas lo que denota que la prescripción no fue realizada (R40, 41); la terapeuta pregunta de forma directa por la actitud apenada del paciente para mostrar su rostro con la finalidad de indagar en su postura (R46-54) (R58), Luis hace explícita su postura (R56) (R60).

La terapeuta al identificar un cambio en la postura de Luis realiza una pregunta para indagar sobre la nueva postura (R64-66), el paciente no responde de forma concreta la pregunta pero confirma el cambio en su postura (R68). La terapeuta realiza una normalización (R70-74) de la situación y reformula la pregunta para indagar en la postura del paciente (R75-77) (R82, 83); Luis hace explícita su postura ante la queja (R79, 80) (R85).

La terapeuta entrega un mensaje que contiene normalización (R87-90) (R92, 93), validación (R87) de la postura de Luis y un reencuadre de la situación (R97-107); Luis responde a las intervenciones exponiendo una queja nueva (R109-111) y la terapeuta realiza una pregunta para indagar en la postura de Luis ante la queja emergente (R113-115). Luis muestra su postura que es contradictoria a lo que él ha expresado como su meta (que su apariencia sea la de una chica) (R117, 118) (R122, 123).

La terapeuta realiza una secuencia de los acontecimientos en que se desarrolla la queja (R125-132), reencuadra la situación (R134) e introduce optimismo implícito a la situación (R138). Luis hace explícita su postura ante los cambios que ha conllevado su nueva expresión de género (R136) (R140).

La terapeuta continua la sesión incentivando el pensamiento circular en el sistema (R146, 147), Luis hace explícita su postura (R149, 150) y la terapeuta realiza una pregunta para indagar sobre ella (R152). El paciente hace explícita la postura de la familia desde su perspectiva (R154, 155) (R159); la terapeuta realiza una pregunta circular para ampliar el sistema (R161) y el paciente responde con su puntuación sobre la queja (R163).

Como el paciente no responde de manera concreta la pregunta, la terapeuta reformula la pregunta circular para identificar si hay evidencia sensorial de la puntuación que Luis está exponiendo en la entrevista (R165). El paciente hace explícita la postura de su madre ante el problema y la queja (R167, 168); la terapeuta incentiva el pensamiento circular (R170, 171) y realiza una pregunta para indagar en la postura de Luis (R175).

El paciente muestra su postura con una actitud hostil (R177), la terapeuta realiza un reencuadre de la situación (R179-183) y Luis responde haciendo explícita su postura ante su madre (R185, 186) (R192, 194); la terapeuta reencuadra la situación (R196, 197). Luis no responde la pregunta y continúa exponiendo la postura de su madre ante la queja (R199, 200) (R208).

La terapeuta formula una pregunta para definir el cambio mínimo a trabajar con Luis, ya que después de todas estas quejas y haber retomado el tratamiento no queda claro cuál es su objetivo a trabajar (R202-206). Como Luis no da una respuesta concreta la terapeuta entrega un mensaje con la intención de flexibilizar el pensamiento lineal de Luis (R214, 215) (R220-226) (R232-237).

El paciente responde haciendo explícita su postura ante la queja (R217, 218), la terapeuta reconoce sus alcances dentro del tratamiento ya que tanto la cliente como el paciente sesión a sesión exponen un sinnúmero de quejas y a cada maniobra e intervención exponen una queja más, dificultando el alcance del tratamiento (R239-255). La terapeuta vuelve a preguntar para poder definir el cambio mínimo a trabajar (R259, 260) (R264, 265); Luis no responde la pregunta, en cambio expone su postura ante otras quejas (R267, 268) (R273, 274).

La terapeuta da un mensaje con el objetivo de flexibilizar el pensamiento lineal de Luis (R276-279) y retoma la pregunta para establecer un cambio mínimo (R283, 284) (R291-293) que sea trabajable y esté al alcance de la terapeuta y del paciente mismo; Luis responde la pregunta exponiendo otra queja (R286-289) y mostrando su postura ante ella (R295-297) (R303, 304). La terapeuta realiza un mensaje incentivando el pensamiento circular (R299-301) (R306-311) y prepara el cierre de la sesión indicando que la prescripción que Luis no realizó sea llevada a cabo (R315-319).

La terapeuta le comenta al paciente sobre la pausa administrativa que se debe realizar en el servicio de psicología a causa del periodo vacacional de la Facultad (R323-326), Luis expone su postura ante la pausa administrativa y concluye así la séptima sesión del caso (R334).

En esta sesión, la séptima del caso y la segunda posterior a que Luis y Laura retomaron el servicio, se pueden apreciar diversos elementos que son necesarios puntuar. El primer punto que se debe mencionar es precisamente que después de haber abandonado el tratamiento Luis únicamente se presentó dos veces a consulta, entre su primer y segunda (última) sesión pasaron más de 20 días ya que reagendó en diferentes oportunidades.

El segundo punto es que al igual que Laura las prescripciones no fueron realizadas en ningún momento a lo largo del tratamiento, mostrando una postura hacia el tratamiento de poco compromiso o interés, lo que en el modelo de resolución de problemas se define como un *quejoso*.

Finalmente como último punto a mencionar, el hecho de que todas las intervenciones y preguntas fuesen respondidas con quejas, tanto por parte de Laura como de Luis, dificultando la maniobrabilidad que pudiese tener la terapeuta. El trabajo doble que implica pretender dirigir la sesión encaminada a tratar el problema por el que vinieron a consulta y a su vez mitigar o atender cada una de las quejas que se presentaban sesión a sesión.

Resultados

Después de haber realizado el análisis técnico de las sesiones de los tres casos se encontró lo siguiente:

En el caso 1 “*La otra cara de Oaxaca*” podemos observar una ejecución completa del Esquema Técnico del Modelo de Resolución de Problemas de la Terapia Breve, la terapeuta siempre mantuvo la curiosidad por lograr definir de qué forma el que Fernando fuera homosexual representaba un problema para Felipe, esto generó que él reconsiderara si en verdad era un problema.

Este caso permite demostrar que los pasos del Esquema Técnico no son lineales y que durante una entrevista surge información que se puede categorizar en otros elementos del Esquema Técnico, ello implica a su vez que el terapeuta desarrolle la pericia para poder filtrar la información que se va vertiendo en la entrevista.

El escuchar y no solamente oír por parte de la terapeuta en este caso fue clave para poder de acuerdo a la postura del cliente diseñar y ejecutar intervenciones de oportunidad que encaminaran al cliente al proceso de cambio; la implementación de reencuadres y la premisa “*No Normativos*” generaron la brecha que introdujo flexibilidad al pensamiento lineal del cliente, al introducir circularidad al sistema el cliente realizó acciones que generaron respuestas distintas de parte de Fernando aminorando así las discusiones que tenían y Felipe modificó su postura ante el problema.

En cuanto al caso 2 “*La familia tradicional*” la ejecución del Esquema Técnico posee mayor fluidez, ya que a diferencia del caso previo la definición del problema se pudo establecer desde la primer sesión y junto con ello la postura del cliente mostraba de qué manera representaba un problema para el cliente. La identificación de la postura y lenguaje del cliente brindó la oportunidad a los terapeutas de poder maniobrar e intervenir con mayor libertad.

De manera similar, la premisa “*No normativo*” y para este caso, “*No patológico*” generó un anclaje terapéutico que derivó en cambios reportados desde la sesión 2, se hace especial mención de ello ya que las premisas están inmersas de manera implícita en el desarrollo de la sesión y la ejecución del modelo, forman parte del pensamiento circular que da identidad al Modelo de Resolución de Problemas; muestra de ello queda plasmado en la llamada de seguimiento cuando Josué menciona que creía que los terapeutas le comentarían que no era correcto que se sintiera homosexual, los terapeutas al dar un mensaje en el que

explícitamente no se reconocía la homosexualidad como un problema permitió que Josué modificara su postura ante la queja.

Finalmente el caso 3 “*Estoy en el cuerpo equivocado*” los aspectos de mayor relevancia a destacar son que la maniobrabilidad de la terapeuta durante el tratamiento en sus dos fases se vio obstaculizado por las quejas emergentes que sesión a sesión tanto la cliente como el paciente exponían durante el desarrollo del tratamiento. La cliente mostró a lo largo de las entrevistas posturas contradictorias al igual que el paciente, quien no hacía mucho por acercarse a la meta (realizar la transición), aun cuando la terapeuta tomó en cuenta la postura de la cliente en la mayoría de las sesiones no se realizaron las prescripciones o se hacían mal.

El abandono del tratamiento posteriormente de la sesión 3 indicó el poco compromiso que adquirieron tanto la cliente como el paciente, su reincorporación al servicio como sugerencia del endocrinólogo evidencia la falta de compromiso y ello se confirma con las últimas 3 sesiones de Luis que fueron reagendadas y cuando por fin se presentó a la entrevista no había realizado la prescripción que dio la terapeuta.

Discusión:

Basado en los resultados obtenidos en la presente investigación se demuestra que el modelo de terapia breve de resolución de problemas arroja resultados eficaces y eficientes cuando se trabaja con población LGBTTTIQ+; las premisas del modelo brindan gran flexibilidad y generan que los usuarios de la diversidad sexual se sientan en un espacio seguro ya que la labor del terapeuta breve va en contra de los procedimientos clínicos clásicos que patologizan y etiquetan conductas y acciones como “normales” o “anormales”.

Muestra de ello se puede observar en el análisis de los casos presentados en la presente investigación donde el reencuadre suele ser una de las intervenciones con mayor peso en la búsqueda de generar un cambio o la resolución de la queja. Dentro de este apartado la normalización fue otra intervención que se trabajó en diferentes niveles, logrando que las soluciones intentadas fueran interrumpidas o detenidas permitiendo que el cliente realizara acciones distintas obteniendo resultados diferentes.

De acuerdo con Ceberio y Watzlawick (2006) el abordaje clínico del modelo de resolución de problemas centra sus esfuerzos e intervenciones en conocer el *cómo* del problema y no el *por qué*, en el trabajo de los tratamientos clínicos de los casos que se exponen en la presente investigación el pensamiento circular fue

clave para poder iniciar, desarrollar y concluir cada uno de los tratamientos atendidos con la población diversa.

Estos elementos derivan en que la labor del psicólogo sea de mayor ayuda ante una población que constantemente se encuentra con servicios de salud que estigmatizan a los usuarios de la comunidad LGBTTTIQ+. La participación de las familias de los usuarios que se presenta en esta investigación muestra que en nuestra sociedad los temas de la diversidad sexual continúan siendo tabúes para una gran mayoría y el terapeuta breve al no realizar juicios de valor o normatividad en cuanto a que es correcto o no en este rubro, si no por el contrario al pretender entender el cómo que el usuario o usuaria tuviese una orientación sexual y/o identidad de género diferente representaba un problema para el sistema familiar en los casos presentados se observó que la problemática viene de una situación exterior, lo que ilustra el cómo la sociedad mexicana continua permeada por un machismo y heterónoma que se disfraza en discursos de quienes dicen, pretenden ayudar a los que lo necesitan.

Tanto las familias como los usuarios, al encontrar un espacio seguro donde sus inquietudes y preocupaciones fuera escuchadas y atendidas sin el estigma del cual estaban rodeados generó que el trabajo de las sesiones clínicas fuera beneficioso para el usuario de la diversidad sexual, dignificando espacios para la comunidad LGBTTTIQ+ atendiendo una necesidad poblacional a nivel nacional, así mismo no solo se obtuvo un beneficio hacia el usuario, sino en todo su sistema familiar, el cual, para los tres usuarios de los casos presentados era de vital importancia.

Los casos atendidos bajo el modelo de terapia breve de resolución de problemas demuestran que es un modelo óptimo para atender población de la diversidad sexual y a sus familias que demanden o requiera hacer uso de servicios de atención psicológica como parte de la necesidad de servicios de salud que dignifiquen a la comunidad LGBTTTIQ+.

Conclusiones:

En el trabajo con población LGBTTTIQ+ al igual que en otros casos atendidos bajo el modelo de Terapia breve de resolución de problemas, el principal reto es la escuchar con atención, ya que en una gran mayoría de ocasiones los clientes y pacientes no responden de manera directa las preguntas que se les plantean, pero en su lugar dan información importante, casi siempre sobre su postura, que puede ser utilizada por el terapeuta breve para en caminar el tratamiento a una pronta generación del cambio.

Trabajar con la postura de los usuarios, sobre todo con aquellos que pertenecen al sistema familiar de los clientes, en el caso de la comunidad LGBTTTIQ+ proporciona al terapeuta una mayor posibilidad de generar cambios concretos que encaminaran el proceso terapéutico a alcanzar la meta del tratamiento. No obstante dentro de la práctica clínica para el terapeuta breve en formación este representa uno de los grandes retos ya que implica reaprender a pensar de manera circular y no lineal.

La aplicación del modelo de resolución de problemas en el campo clínico en escenarios de atención a la comunidad LGBTTIQ+ puede dar respuesta a la necesidad de esta población por recibir servicios de atención psicológica que no ejerza juicios de valor ni patologice las conductas de los clientes. El normalizar la diversidad sexual y dejar a un lado las categorías diagnósticas agiliza el trabajo clínico, al mismo tiempo dignifica no solo los derechos humanos de la comunidad LGBTTTIQ+ sino también el trabajo de los psicólogos ya que las experiencias de la comunidad con los servicios de salud han dejado mucho que desear, este es un problema que ha existido por décadas y el campo de la psicología no ha sido la excepción ya que inclusive diferentes pseudo terapias y pseudo profesionistas de la salud continúan afectando a hombres y mujeres que han llegado a hacer uso de sus servicios, de acuerdo con Ulises (2021), Herrera (2022) y Valadez (2022) aún en nuestros días las terapias de conversión continúan realizándose con hombres y mujeres pertenecientes a la diversidad sexual; todo ello pese a las implicaciones legales que tiene el realizar o someter a estas prácticas que atentan contra los derechos humanos.

Esto ha generado que tanto las personas de la comunidad LGBTTTIQ+ como sus familiares tengan un constante sentimiento de miedo sobre lo que pudiese ocurrir, esta es una similitud que se puede apreciar en cada uno de los casos presentados en esta investigación. Des estigmatizar la diversidad sexual continua siendo en la actualidad un reto para nuestra sociedad ya que es una cuestión de reaprender.

El modelo de terapia breve de resolución de problemas se caracteriza por no ser absolutista, por el contrario *“cada caso es su mejor explicación y ninguno es igual a otro”* (K. Schlanger, comunicación personal, 25 de Mayo 2019), sin embargo su aplicabilidad puede dar resultados significativos y positivos como los expuestos en la presente investigación en futuros programas de atención que busquen dar respuesta a las problemáticas en los servicios de salud que recibe la población y sus familiares.

Anexos

Debido a que el formato de trabajo de las transcripciones no es amigable con la plataforma de SIICANA DGB UNAM no se adjuntan los anexos; para tener acceso a la información a esta información puede enviarle un correo electrónico al autor de este trabajo a la siguiente dirección electrónica manegermanotta@gmail.com

Bibliografía

- Almaguer, T. (1993). Chicano men: a cartography of homosexual identity and behavior. En H. Abelow, M. Aina, y D. M. Halperin (Eds.), *The lesbian and gay studies reader* (pp. 255-273.). Routledge.
- Anger-Díaz, B., Schlanger, K., Rincón, C., y Becerra, A. (2003). Una nueva dirección para la terapia breve en el MRI Solucionando problemas multiculturalmente: Nuestra experiencia latina. En *Terapia breve: La magia del cambio* (pp. 51–77). Mental Research Institute.
- Ardila, R. (2008). *Homosexualidad y psicología* (2a ed.). Manual moderno.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., y Weakland, J. H. (1956). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En *Comunicación familia y matrimonio*. Psicología Contemporánea.
- Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Paidós terapia familiar.
- Bodin, A. (1981). *The Interactional View: Family Therapy Approaches of the Mental Research Institute*. Handbook of Family Therapy.
- Cade, B., y O'Hanlon, W. H. (2011). *Guía breve de terapia breve*. Paidós.
- Carmel, M. (2015). *Brief Therapy, what is your experience?* Brief Therapy Center of the MRI. https://www.youtube.com/watch?v=wld6A_zacX0&t=157s
- Castañeda, M. (2013). *La experiencia homosexual*. Paidós México.
- Castellanos, O. N. (2014). *Aplicación Del Método De Investigación "Análisis De Marcos Recursivos" En Un Estudio De Caso*. [Licenciatura]. UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Ceberio, M., y Watzlawick, P. (2006). *La construcción del universo conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Herder.
- COPRED. (2018). *POBLACIÓN LGBTTTI*. <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5b1/ff9/f94/5b1ff9f945326665643161.pdf>
- Cuevas, K. (s/f). *Casa de las muñecas. Tiresias AC*. Recuperado el 2 de enero de 2023, a partir de <https://www.munecastiresias.org/>
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar. Un enfoque ecosistémico*. Paidós.
- Erickson, M. H. (2000). *The letters of milton H. Erickson*, (J. Zeig y B. Geary, Eds.). Zeig, Tucker Y Theisen.
- Fisch, R. (1988). Entrenamiento en el Modelo de Terapia Breve. En H. Liddle, D. Breunlin, y R. Schwartz (Eds.), *Handbook of Family Therapy Training and Supervision* (pp. 78–92). Guilford Publications.
- Fisch, R. (1994). Basic Elements in The Brief Therapies. En M. F. Hoyt (Ed.), *Constructive Therapies: Volume 1* (pp. 126–139). The Guilford Press.
- Fisch, R. (2004). So what have you done lately MRI Brief Therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 3(4), 4–10.
- Fisch, R., y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes*. Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. H., y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio* (4a ed.). Herder.
- Genérela, J. (2010). *Sin complejos. Guía para jóvenes LGTB* (2a ed.). Egales.
- Gobierno de la ciudad de México. (2020, Julio 29). *Delitos contra el libre desarrollo de la personalidad y la Identidad Sexual*. Gaceta Oficial de La Ciudad de México. https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetitas/3a23b84eabbb4f33772264737ca3dd4e.pdf

- Haley, J., y Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Paidós.
- Haley, J. (2005). *Terapia para resolver problemas, nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz* (9a ed.). Amorrortu.
- Herrera, L. (2022). *Persisten Terapias de conversión en Jalisco, pese a prohibición*. Reporte Índigo. <https://www.reporteindigo.com/reportes/persisten-terapias-de-conversion-en-jalisco-pese-a-prohibicion/>
- Hoffman, L. (2001). *Fundamentos de la terapia familiar un marco conceptual para el cambio de sistemas* (5a ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Jackson, D. D. (1957). El problema de la homeostasis de la familia. En D. Jackson (Ed.), *Comunicación familia y matrimonio*. Psicología Contemporánea.
- Jackson, D. D. (1977). *Comunicación familia y matrimonio*. Psicología Contemporánea.
- Kuhn, B. (2011). *Gay Power!: The Stonewall Riots and the Gay Rights Movement, 1969*. LernerPublishing Group.
- Ludewig, K. (1998). *Terapia sistémica: Bases de teoría y práctica clínicas*. Herder.
- Moreno, O., y Puche, L. (2017). *Transexualidad, adolescencia y educación: miradas multidisciplinares* (2a ed.). Egales.
- O' Hanlon, W. (1993). *Raíces Profundas: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder.
- Robles, T. (2015). *Terapia cortada a la medida: un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig* (2a ed.). ALOM EDITORES, S.A. DE C.V.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. Manual moderno.
- Senado de la república. (2022, Octubre 11). *Aprueba Senado proyecto para prohibir y penalizar terapias de reorientación sexual*. Comunicación Social Senado Gob. Mx. <https://comunicacionsocial.senado.gob.mx/informacion/comunicados/3907-aprueba-senado-proyecto-para-prohibir-y-penalizar-terapias-de-reorientacion-sexual>
- Solís, C., y Vargas, P. (2015, Junio). El servicio de Psicología Clínica en el marco de la atención universitaria. *Revista Electrónica de Psicología de La FES Zaragoza-UNAM*, 63–76. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/revistas/rev_elec_psico/vol5_no1.pdf
- Stake, R. E. (2007). *The art of case study Research* (4a ed.). Ediciones
- Swain, K. (2007, junio 21). *Denver Post*. Gay Pride Needs New Direction. <https://www.denverpost.com/2007/06/21/gay-pride-needs-new-direction/>
- Tagle, I. (2021, junio 8). *ECOSIG o Terapias de conversión con Iván Tagle en los 41 Tropiezos*. Tv UNAM. <https://www.youtube.com/watch?v=mfv4KG4SykU&t=135s>
- Ulises, E. (2021). *Casa Frida rescata a pareja gay de homofobia en Jamaica*. Homosensual.Com. <https://www.homosensual.com/lgbt/activismo/casa-frida-rescata-a-pareja-gay-de-homofobia-en-jamaica/>
- Valadez, B. (2022). *Jóvenes huyen de terapias de conversión sexual y de la violencia*. Milenio. <https://www.milenio.com/politica/jovenes-huyen-de-terapias-de-conversion-heterosexual>
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la Terapia Sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguiluz (Ed.), *La Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp.1–27). Pax.
- 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.126–162). Miguel Ángel Porrúa.
- Watzlawick, P. (1981). *¿Es real la realidad? Confusión-Desinformación-Comunicación* (2a ed.).
- Watzlawick, P. (1989). *El lenguaje del cambio Nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Herder.
- Watzlawick, P. (1992). *La coleta del barón de Münchhausen Psicoterapia y realidad*. Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. D. (1985). *Teoría de la comunicación humana Interacciones, patologías y paradojas* (4a ed.). Herder.

- Watzlawick, P., Weakland, J. H., y Fisch, R. (1992). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos* (7a ed.). Herder.
- Winkin, Y. (2005). *La nueva comunicación Selección y estudio preliminar* (5a ed.). Kairos.
- Wittezaele, J.-J., y García, T. (1994). *La escuela de palo alto: Historia y evolución de las ideas esenciales*. Herder.
- YAAJ México. (2021). *YAAJ México: Transformando tu vida*. <https://www.yaajmexico.org/>.