



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

Maestría en Terapia Familiar

Un caso de ansiedad visto desde el Modelo de Terapia

Breve del MRI/BTC

T E S I S

Que, para optar por el grado de

Maestría en Psicología

P R E S E N T A

José Alfonso Vasconcelos Yáñez

Director: Mtro. Pedro Vargas Avalos

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Comité:

Mtra. Clara Haydee Solís Ponce

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Mtro. Vicente Cruz Silva

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Mtro. Giovanni Martínez Ortega

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Dra. Esther González Ovilla

Facultad de Psicología, UNAM

Ciudad de México, marzo 2025



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi mamá, a mi papá
Ana María Yáñez y Aquiles Vasconcelos Segovia

Por nuestra raza hablará el espíritu

Dedicatoria

Nuevamente me encuentro con mis palabras con la oportunidad de agradecer (o más bien dedicar) a aquellas personas que me hicieron como soy.

Han pasado muchas lunas desde que pudiste tener un hijo, después de muchos intentos, aquí estoy y estoy bien. Este trabajo, que al igual que el anterior, es para ti, sin ti no hubiera podido. Te quiero y te amo mamá. Quiero que estés bien siempre a pesar de todas las circunstancias adversas que se nos presenten. Quiero que sonrías siempre, que el Sol te cante todas las mañanas, que la Luna te dedique sonetos y que el viento siga rosando tu cara. “Tus manos son mi caricia, (...), si te quiero es porque eres mi amor, mi cómplice y todo. Y en la calle codo a codo somos mucho más que dos”. – Benedetti (1974).

Para papá, que a pesar de que recuerdo una vez más que ya no estás aquí, me mostraste cómo se deben hacer las cosas, me demostraste que puedo con esto y puedo con más. Una vez más, demostrando que el apellido Vasconcelos no es simplemente un apellido, es todo un linaje que quiero seguir poniendo en alto, esto es para ti. Te amo, papá. Gracias por acompañarme y abrazarme mientras te escribo.

A mi madrina Nora, mi segunda madre que siempre has estado conmigo en cada momento importante de mi vida, por favor, que siga así.

A Luisito, que, sin saberlo, llegaste a nuestra vida de la forma menos esperada, te convertiste en mi familia. Gracias por seguir aquí y estar con nosotros.

Fui un hijo único, recalco que ya no lo soy más porque elegí a mi familia y puedo decir que tengo un hermano y una hermana. Esme y Gil, en ustedes me recargo para todo y puedo sentir su calor fraterno.

No obstante, no me atrevería a dedicarle (o agradecerles) a ellos, a otros y a muchos, ya que tengo el temor de no estar a la altura de todas aquellas personas. Lo que anhelo es que, durante el ejercicio de mi profesión, se sientan orgullosos de mí.

Por último, quiero decir que los amo, a todos. Gracias por estar, gracias a los que no están aquí pero que sin duda me dejaron una marca, como un tatuaje que solo pide más amor.

Aunque sé que nunca perderé el afecto (...). En mi vida, te amo más. – Lennon y McCartney (1969).

Agradecimiento

Con mucho cariño, agradezco al Maestro Pedro Vargas Avalos, por darme el apoyo y el aliento necesario para cerrar este ciclo. Inicié con usted el proceso de la Residencia en Terapia Familiar y logré encariñarme con este camino y todo inició con su paciencia, con su experiencia, su temple y su ejemplo a seguir.

A la Maestra Clara Solís, quién me brindó sus comentarios certeros, su tiempo y su experiencia para concluir este trabajo.

Al Maestro Vicente Cruz Silva, quién me acompañó a lo largo de los semestres para acoplarme al modelo de Terapia Breve y llevar a la práctica todo lo aprendido.

Al Maestro Giovanni Martínez Ortega, quién me dio el punto de vista más dulce y comprensivo de la Terapia Familiar.

A la Doctora Esther Ovilla, quién me tuvo la confianza y el apoyo de lograr este proyecto.

Por supuesto, no quiero dejar pasar que, soy el resultado del bagaje de muchas personas que estuvieron atrás de mí. Quiero agradecer a mis profesores y profesoras quiénes me acompañaron en este viaje. A los profesores Tonatiuh, Mario y Óscar. A las profesoras Luz María, Bertha, Blanca, Blanca Inés, Marlene y Ana Lilia. A todos y a todas, de todo corazón, muchas gracias. Me llevo cada enseñanza de ustedes.

Parte del viaje también son los lazos que se crean, por eso quiero abrir este párrafo para agradecer a mis compañeras. A Jazmín, Magaly, Valeria, Tania, Joss, Naty y Chapu.

Quiero resaltar a mi queridísima Chaps que hicimos equipo, en todo lo que pudimos y que, como fuera, tarde o temprano, las cosas tenían que quedar listas. Mi coterapeuta, muchas gracias.

A mis amigos que nunca faltaron: Nidome, Medel, Arturo, Alex, Potter y Andrea.

A mi *alma mater*, la Universidad Nacional Autónoma de México. Siempre estaré orgulloso de esta institución.

¿Cómo no te voy a querer?

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo 1. Análisis del Campo Psicosocial	5
1.1 Principales Retos y Problemáticas que Presentan las Familias Atendidas	5
1.2 Descripción de las Sedes donde se realizó la Experiencia Clínica	10
1.3 Cuadro de Casos Atendidos	21
Capítulo 2. Marco Teórico.....	29
2.1 Modelo Terapéutico	29
2.1.1 Fundamentos de la Terapia Breve del Brief Therapy Center	36
2.1.2 Formulación del Problema.....	37
2.1.3 Resolución del Problema.....	40
2.1.4 Esquematización del Modelo.....	44
2.2 Análisis y Discusión de los Temas que Guían el Caso Clínico	54
2.2.1 Ansiedad	54
2.2.2 Prevalencia	55
2.2.3 La Ansiedad desde el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas	56
Capítulo 3. Análisis de un Caso Clínico	62
3.1. Descripción del Caso	62
3.1.1 Caso “L”	63
3.1.2 Genograma	63
3.1.3 Motivo de Consulta.....	64
3.1.4 Objetivos Terapéuticos.....	64
3.1.5 Antecedentes del Problema	65
3.1.6 Desarrollo de las sesiones	65
3.2 Análisis y Discusión Teórico-Methodológica de la Intervención Clínica del Caso Elegido.....	66
3.2.1 El Caso de L desde la Teoría de la Formulación del Problema del BTC.....	66
3.2.2 Definición del Problema.....	67
3.2.3 Intentos de Solución.....	70

3.2.4 Postura.....	73
3.2.5 Establecimiento del Cambio Mínimo	76
3.2.6 Planeación del Caso	77
3.2.7 Intervenciones.....	82
3.2.8 Fin de la Terapia	103
Capítulo 4. Consideraciones Finales.....	107
4.1. Resumen de las Competencias Adquiridas: Teórico Conceptuales, Clínico, Investigación, Difusión, Prevención, Ética y Compromiso Social	107
4.1.1 Habilidades y Competencias Teórico-Conceptuales.....	108
4.1.2 Habilidades Clínicas.....	109
4.1.3 Habilidades de Investigación.....	111
4.1.4 Habilidades de Difusión del Conocimiento, Atención y Prevención	116
4.1.5 Habilidades de Compromiso y Ética Profesional	118
4.2. Reflexión y Análisis de la Experiencia.....	120
4.3. Implicaciones en la Persona del Terapeuta y el Campo Profesional	121
Referencias	124
Anexos	131
Anexo 1. Carta Descriptiva del Taller de Bullying.....	131

Resumen

El siguiente trabajo presenta la integración del aprendizaje que ofrece la Residencia de la Maestría en Terapia Familiar, a través de un recorrido que incluye el análisis del campo psicosocial, una síntesis de un marco teórico, un análisis de un caso clínico y un resumen de las competencias adquiridas durante esta formación. Hoy en día existen desafíos y problemáticas importantes que presentan las familias mexicanas, la ansiedad es una de las afecciones más recurrentes que permean en la sociedad. El Modelo de Terapia Breve del *Brief Therapy Center* (BTC) se perfila como uno de los enfoques terapéuticos más eficientes para atender la ansiedad gracias a sus resultados mostrados en el área clínica y de la salud. El objetivo fue abordar el tratamiento de la ansiedad con el modelo del BTC mediante un análisis teórico-metodológico. La persona atendida fue a una mujer de 20 años estudiante de Licenciatura en el área de la salud que busca atención psicológica debido a la dificultad de responder preguntas abiertas del profesor durante sus clases virtuales y presenciales, lo que le genera ansiedad para poder desenvolverse correctamente en su contexto escolar. Los resultados mostraron un efecto positivo que atiende el malestar presentado inicialmente lo que lleva al cierre del proceso terapéutico que duró nueve sesiones semanales con una hora de duración. En conclusión, las competencias adquiridas durante la Residencia permitieron la contribución del abordaje de la ansiedad a través del modelo del BTC.

Palabras clave: Terapia Familiar Sistémica, Terapia Breve BTC, Ansiedad, Caso Clínico.

Abstract

The following document presents the integration of the learning offered by the master's program in Family Therapy through a way that includes the analysis of the psychosocial field, a synthesis of a theoretical framework, an analysis of a clinical case and a summary of the skills acquired during this formation. Nowadays, there are significant challenges and issues faced by Mexican families and anxiety is one of the most recurrent conditions that permeate in the society. The brief therapy model of the Brief Therapy Center (BTC) emerges as one of the most efficient therapeutic approaches to treat anxiety due to its results shown in the clinical area. The main goal was to board the treatment of anxiety with the BTC model through a theoretical-methodological analysis. The individual treated was a 20-year-old female undergraduate student in the health area who sought psychological attention due to the difficulty of responding to open-ended questions from the teacher during her virtual and in-person classes, which caused her anxiety in properly engaging in her school context. The results showed a positive effect that attends the initial discomfort presented by her, leading to the closure of the therapeutic process that lasted nine weekly sessions of one hour each. In conclusion, the skills acquired during the family therapy formation allowed for the contribution to attend anxiety through the BTC model.

Keywords: Systemic Family Therapy, Brief Therapy BTC, Anxiety, Clinical Case.

Introducción

La ansiedad es un malestar que genera aversión hacia eventos futuros. Se caracteriza por sensaciones físicas desagradables y pensamientos que no permiten la integridad del individuo a su vida cotidiana debido a una sensación constante de intranquilidad (APA, 2013; Díaz y De la Iglesia, 2019; Benítez y Caballero, 2017). Tras la emergencia sanitaria internacional por la enfermedad COVID-19, la prevalencia en México ha tenido un incremento en mujeres con 34.9% y 35% en hombres (Gaitán-Rossi et al., 2020). Ante este contexto, el modelo de terapia breve de resolución de problemas también conocido como Terapia Breve del Mental Research Institute o Terapia Breve del Brief Therapy Center (BTC) (Schlanger, 2022) emerge como una alternativa terapéutica innovadora y prometedora, que se centra en la resolución rápida de problemas y el cambio de patrones disfuncionales a nivel cognitivo y conductual.

Hoy en día, la terapia breve de resolución de problemas continúa con una labor en el campo de la psicoterapia gracias a su enfoque pragmático y orientado a los resultados. Conforme la investigación avanza en el campo de la salud mental, se hace cada vez más evidente la relevancia de intervenciones terapéuticas que sean efectivas en un periodo acotado (Aiguabella et al., 2018). En este orden de ideas, la terapia breve ofrece una alternativa prometedora con sus propuestas de intervención focalizadas para diversas problemáticas incluida la ansiedad (Schlanger et al., 2020).

La presente tesis se adentra en un caso de ansiedad visto desde el foco de la terapia breve del BTC y explora su aplicación práctica en la reducción de los síntomas. El objetivo de este trabajo fue contribuir al conocimiento académico en el campo de la terapia breve mediante la demostración práctica en un contexto contemporáneo del ejercicio clínico en la intervención de la ansiedad.

Esta tesis se compone de cuatro capítulos. En el primero, se presenta un análisis del campo psicosocial donde se exploran los principales retos y problemáticas dentro de la sociedad mexicana. El apartado muestra una descripción detallada de los escenarios donde se realizó la práctica clínica, entre los que destacan: servicios de atención psicológica en universidades, centros comunitarios e instituciones gubernamentales. En este mismo apartado se enlistan los casos atendidos y supervisados durante la Residencia bajo diversas formas de participación: como terapeuta principal, coterapeuta o participante del equipo terapéutico.

En el segundo capítulo, se detalla el origen y evolución del modelo de Terapia Breve del BTC, sus cambios más importantes, autores exponentes y fundamentos teóricos. Se desarrolla una esquematización que permite discernir las herramientas utilizadas durante el proceso terapéutico del caso reportado. Se incluye un análisis de la ansiedad, problemática reportada por el caso clínico, desde un enfoque interaccional.

El tercer apartado lo constituye la integración del caso clínico elegido, el cual tiene como objetivo explicar los pasos que se llevaron a cabo para atender el propósito de esta tesis. Se muestra una descripción de la persona atendida, su motivo de consulta, antecedentes y objetivos terapéuticos. Se realiza un análisis del proceso terapéutico del caso de "L" con base en las premisas teóricas y en contraste con el ejercicio clínico acompañado de algunas transcripciones de las sesiones. Dentro de este capítulo es posible apreciar los principales elementos de la literatura, que van desde la formulación y definición del problema hasta la conclusión del proceso terapéutico.

El último capítulo se conforma por una recopilación de las habilidades y competencias adquiridas durante el proceso de formación, entre las que destacan las teórico-conceptuales y clínicas; se incluyen productos de investigación y difusión. Finalmente se recuperan compromisos éticos, una reflexión e implicaciones personales.

Capítulo 1. Análisis del Campo Psicosocial

1.1 Principales Retos y Problemáticas que Presentan las Familias Atendidas

El análisis del campo psicosocial en México es un ejercicio complejo que requiere de una comprensión profunda de la sociedad, su cultura y los factores históricos que influyen en la población. Existen desafíos y problemáticas nacionales que son cruciales para poder entender el impacto que tienen en las familias mexicanas, a saber: pobreza y desigualdad económica (Luis Quintana et al., 2020; Martínez-Licerio et al., 2019), desigualdad social (Castañeda y Díaz, 2020; Maldonado Ramírez, 2020; Solís y Güemez, 2021), violencia y seguridad (Herrera-Hugo et al., 2021; Vargas Núñez et al., 2017), ruptura familiar (Rivas-Rivero y Bonilla-Algovia, 2020), en materia de género (Castañeda y Díaz, 2020), educación (Irepan Hacha y López Paniagua, 2021; Martínez-Martínez y Vega Torres, 2019; Secretaría de Educación Pública, 2020; Velázquez-Cigarroa y Tello-García, 2021), migración (Bonilla-Landaverry, 2020; Zúñiga, 2015), el acceso a servicios médicos (Gutiérrez et al., 2021; Morales Hernández, 2020; Soto-Estrada et al., 2016), así como en la salud mental (Alduenda et al., 2019; Díaz-Castro et al., 2022).

En México, la falta de empleo es un problema que ha ido en aumento en los últimos años, pues representa un factor determinante para la pobreza, aunado a ello, lo múltiples empleos generados en el país son mal pagados. Esto afecta de manera negativa en el poder adquisitivo de las familias e impacta en el acceso a servicios que son indispensables para una adecuada calidad de vida (Martínez-Licerio et al., 2019).

Así mismo, es inevitable referir la contingencia sanitaria por COVID-19. En este sentido, con la intención de evitar la propagación del virus conocido como SARS-COV-2, el Gobierno mexicano implementó medidas como el distanciamiento social, y entre otras (Secretaría de Salud, 2022). Las disposiciones adoptadas para restringir la expansión del COVID-19 se han tomado en un contexto regresivo para la economía mexicana. La

pandemia ha agudizado la tendencia recesiva de la economía mexicana, de tal modo que los aumentos sustantivos en la desigualdad, los niveles de pobreza y la pobreza extrema se muestran como una consecuencia de las caídas en la actividad económica a raíz de las políticas para combatir la enfermedad (Luis Quintana et al., 2020).

Al hablar de desigualdad, comúnmente se hace referencia a la distribución de recursos materiales, pero también es importante resaltar la divergencia de oportunidades entre los individuos, así como la relación entre el contexto social de estos y sus probabilidades de acceder a oportunidades de vida, como la educación, la salud, la movilidad o aquellas de índole laboral (Solís y Güemez, 2021). De aquí que podamos considerar lo étnico-racial (Solís y Güemez, 2021), la discapacidad (Maldonado Ramírez, 2020) o incluso el género (Castañeda y Díaz, 2020) como algunos de estos factores.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI] (2019), 73% de la población considera que es inseguro vivir en su ciudad. En este tenor, los lugares que se perciben como más inseguros son el transporte público y las calles que se transitan comúnmente. No obstante, a pesar de que el hogar es el lugar menos inseguro, existen datos que refieren que en las relaciones cercanas entre miembros familiares es altamente probable que se genere violencia (Rivas-Rivero y Bonilla-Algovia, 2020).

La violencia, ya sea de manera física, psicológica o sexual dentro de las familias mexicanas (Vargas Núñez et al., 2017), puede traer consigo consecuencias tales como el aumento de desconfianza entre sus integrantes, la dificultad en la comunicación efectiva de estos, el impacto emocional profundo, el estrés postraumático, la ansiedad y diversas afecciones en el desarrollo cognitivo, emocional y físico de los infantes (Rosser et al., 2013; Rivas-Rivero y Bonilla-Algovia, 2020). También puede incidir en el desarrollo personal, la percepción negativa del sí mismo y el modo en que se enfrentan barreras profesionales y educativas importantes (Herrera-Hugo et al., 2021).

De igual manera, el acceso a una educación de calidad y equitativa es un desafío importante para muchas familias mexicanas ya que existe una brecha significativa entre las áreas urbanas y rurales, pues las familias que viven en zonas marginadas o bucólicas a menudo enfrentan dificultades para acceder a escuelas con recursos adaptados, infraestructura y personal docente (Martínez-Martínez y Vega Torres, 2019).

Por otra parte, la pandemia de COVID-19 se ha encargado de marcar estos obstáculos con una brecha digital (Velázquez-Cigarroa y Tello-García, 2021). En tal sentido, la Secretaría de Educación Pública [SEP] (2020) informó que la tasa de abandono escolar promedio a nivel nacional en Primaria fue de 0.6%, en Secundaria de 4.4% y en nivel medio superior del 13%. Aunado a lo anterior, los costos en la educación pueden significar una carga financiera insostenible que derive en la deserción escolar, puesto que las familias suelen enfrentar situaciones económicas precarias que incentivan el ausentismo con la finalidad de contribuir al ingreso familiar (Irepan Hacha y López Paniagua, 2021).

Las consecuencias de este desafío educativo recaen en todos los niveles de enseñanza, es decir, a nivel preescolar, educación básica, media superior, profesional y posgrado. Otros factores de influencia importante son la falta de motivación, trayendo consigo un bajo rendimiento académico (Ruiz-Ramírez et al., 2021), el acoso escolar (Acosta-Pérez y Cisneros-Bedón, 2021) y la falta de apoyo dentro de las familias cuando se limitan las oportunidades de los niños y jóvenes (Contreras Tinoco y Hernández González, 2019).

Por otro lado, la migración representa una serie de retos para las familias mexicanas, ya que, sin distinción de edades, implica la separación de los miembros familiares en búsqueda de mejores oportunidades económicas (Zúñiga, 2015). Por lo tanto, existe un impacto emocional debido a la ausencia, la preocupación por la seguridad

y el bienestar del migrante, así como diversos inconvenientes en la adaptación a un nuevo entorno: la separación de redes de apoyo, numerosos riesgos como la pérdida de la libertad, la deportación y la presión por cumplir con metas financieras (Bonilla-Landaverry, 2020). Sin duda, puede haber beneficios y oportunidades para algunas familias; no obstante, es crucial abordar los desafíos que influyen cuando se emprende un éxodo.

En otro orden de ideas el acceso a los servicios médicos es una problemática que está vinculada a una cobertura limitada, ya que muchas familias carecen de seguro médico (Gutiérrez et al., 2021). A ello se suman las barreras económicas, geográficas e infraestructura que repercuten en la desigualdad de la calidad de la atención, puesto que se limitan a las opciones de prevención y tratamiento de múltiples enfermedades que llevan hasta los excesos causales de morbilidad y mortalidad (Soto-Estrada et al., 2016).

Así mismo, el acercamiento a prestaciones de medicina especializadas también puede ser limitado para muchas familias mexicanas, ya que estos servicios suelen estar concentrados en áreas urbanas (Morales Hernández, 2020). Particularmente, la salud mental es uno de esos servicios que, como consecuencia de no estar presente en las posibilidades de atención, trae afecciones negativas al bienestar de las personas (Alduenda et al., 2019; Díaz-Castro et al., 2022).

La salud mental constituye un rubro importante en México dado que en el país existen desafíos, en términos de acceso a este servicio, que están vinculados al nulo apoyo económico e incluso la eliminación del estigma asociado con su atención (Pérez Alejo y Ortiz Montalvo, 2022). No obstante, se han concretado esfuerzos que han permitido la visibilización de su relevancia, sin embargo, aún perviven obstáculos para una atención adecuada, por lo que es necesario generar un modelo de atención primaria que vincule los diferentes niveles de cuidado e incorpore las intervenciones disponibles (Díaz-Castro et al., 2022).

Con base en lo anterior, se deben implementar acciones en materia de políticas públicas, desarrollo, capacitación y fortalecimiento de recursos humanos, así como ampliar la cobertura de la atención y sumar a ello la constante lucha en la eliminación de estigmas sociales. Así mismo, aumentar la educación sobre la salud mental, ya que también ha constituido una barrera que de manera significativa ocasiona que no se acuda a dicho servicio (Pérez Alejo y Ortiz Montalvo, 2022).

Por ello, un modelo dirigido a la salud mental debe incluir estrategias y lineamientos enfocados tanto a la prevención como a las necesidades de grupos más vulnerables. Debe ser también formulado y promovido a nivel nacional, regional y local; vinculado con los recursos, que ofrezca continuidad en su atención, asegurando el acceso a servicios profesionales de salud mental (Díaz-Castro et al., 2022; Pérez Alejo y Ortiz Montalvo, 2022).

Dentro del ámbito de la psicología, específicamente en la salud mental, se han desarrollado múltiples aproximaciones teóricas para la comprensión y explicación del ser humano. En particular, se han buscado los medios para la solución a problemas psicológicos (Ray y Watzlawick, 2006). Partiendo de lo anterior, el análisis psicosocial sobre las problemáticas y desafíos de la sociedad mexicana resulta relevante para el terapeuta sistémico ya que, las teorías sistémicas (Von Bertalanffy, 1993; Parsons, 2013) y la Epistemología Cibernética (Keeney, 1991; Ray y Watzlawick, 2006), han sido la base para el abordaje de este tipo de terapia, misma que ha permitido abordar los problemas psicológicos al tomar en cuenta las interrelaciones en grupos sociales.

En este mismo orden de ideas, en la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick et al., 2011), existe un vínculo entre la comunicación y su contexto para construir los mensajes y las consecuencias en las conductas. Así mismo, la Cibernética de primer orden (Wittezaele y García, 1994), propone que es imposible considerar una

parte del fenómeno separada de las otras e independiente a un observador fuera del fenómeno. Heinz Von Foerster (1982) introduce el concepto de cibernética de segundo orden y sitúa al observador como parte de lo observado, esto permite explicar cómo influyen los sistemas de observación, particularmente en el trabajo terapéutico (Boscolo y Bertrando, 2008).

Desde estos dos enfoques, aunado a los aportes de la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick et al., 2011), han surgido orientaciones clínicas de intervención terapéutica en diversos aspectos de la salud mental individual y en particular, de las familias (Ray y Watzlawick, 2006). Entre estas orientaciones se incluyen la Terapia Breve del Centro de Terapia Breve o *Brief Therapy Center* [BTC] (Schlanger et al., 2019; Watzlawick, 1992), los modelos estratégicos (Haley, 1983; Madanés, 2007), el modelo estructural (Minuchin y Fishman, 1983), el modelo de Milán (Reséndiz, 2010), la terapia centrada en soluciones (De Shazer y Molnar 1984; O'Hanlon y Weiner, 1990) y los enfoques posmodernos o narrativos (Anderson, 1997; White y Epston, 1993).

La Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2013) con enfoque sistémico y constructivista, propone la capacitación de estudiantes con una visión integrativa para abordar problemas clínicos desde un ángulo interaccional con otros sistemas sociales (pareja, familia y sociedad), ponderando la importancia de entender los diferentes contextos (social, institucional, cultural, político, económico entre otros) en los que se desenvuelven.

1.2 Descripción de las Sedes donde se realizó la Experiencia Clínica

Conforme al objetivo previamente descrito, a continuación, se describen las sedes de atención clínica que se seleccionaron para lograr dicha meta. En estos espacios, las problemáticas de las familias mexicanas se ven reflejadas en los motivos de consulta de

quiénes solicitan el servicio. Por ello, la atención que se buscó dar a la población siempre considera el contexto social en el que se encuentra.

Centro de Orientación y Formación Integral Estudiantil COFIE

El Centro de Orientación y Formación Integral Estudiantil, por sus siglas COFIE, se encuentra ubicado dentro de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza [FES Zaragoza] dentro del Campus I. En esta sede se concentró el número de casos atendidos durante los dos primeros semestres que comprenden de agosto 2021 a junio 2022 y que se llevaron a cabo por vía remota sincrónica.

Este espacio se proyecta como una dependencia que promueve y forma a estudiantes sensibles y comprometidos con el servicio social en el que están inmersos, proporciona un referente de opciones y oportunidades para la formación integral de los futuros profesionistas (UNAM, 2022). COFIE ofrece diversos programas entre los que destacan: becas, bolsa de trabajo, tutorías, orientación vocacional y un programa de servicio social para favorecer el desarrollo de niños y niñas en situación de vulnerabilidad, así como el servicio de atención psicológica.

Cabe señalar que, derivado de la contingencia sanitaria por COVID-19 y con el objetivo de brindar una atención integral que beneficie y potencialice en el alumno un mejor desempeño académico y una mejora en sus relaciones interpersonales, el COFIE ofrece tanto atención individual como grupal de manera gratuita para los alumnos que lo soliciten. En esta sede, se llevaban a cabo actividades de la Residencia tres días a la semana por seis horas, lo que permitía tener cinco a siete sesiones simultáneas por hora, ya sea por vía digital o presencial.

Para la atención individual se puede acudir directamente al edificio dentro del Campus I o bien, enviar un correo electrónico a la dirección

apoyo.psicologico@zaragoza.unam.mx. Aunado a lo anterior, se debe completar un formulario, para después ser contactados por los maestrantes y agendar una cita. En este sentido, el servicio está dirigido para alumnos de la FES Zaragoza. Por otro lado, cuando se trata de atención grupal, se ofertan diversos talleres psicoeducativos que abordan aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, así como habilidades sociales para toda la comunidad universitaria. Cabe destacar que, por la participación en el taller, se entrega una constancia.

Centro Comunitario San Lorenzo

Está ubicado en la avenida San Lorenzo No. 2171, en San Juan Xalpa, Iztapalapa 09850, Ciudad de México -CDMX-. Esta sede está bajo la administración de la Fundación Bringas-Haghenbeck, IAP. Su objetivo es ofrecer educación y servicios deportivos a los habitantes de la zona para que puedan desarrollarse como personas, elevar su nivel de vida y contribuir a la transformación de México (Fundación Bringas-Haghenbeck IAP, 2015).

Además de ofrecer servicios educativos a nivel primaria y secundaria, el Centro comunitario cuenta con programas entre los que destacan los siguientes: ludoteca, curso de verano y atención psicológica a niños, adolescentes, adultos, parejas y grupos, con un costo por sesión de ciento sesenta pesos. Los casos que buscan terapia suelen acudir directamente al centro y solicitarla a la autoridad encargada, ya sea para los servicios de psicoterapia infantil o familiar, o bien de pareja o individual. En el centro se asiste dos días a la semana por tres a cuatro horas, lo que permitía llevar a cabo tres a cuatro sesiones simultáneas.

Desarrollo Integral de la Familia. Unidad de Rehabilitación e Integración social DIF URIS

Se encuentra en la avenida Adolfo López Mateos 186, Metropolitana 2da Sección, Nezahualcóyotl, Estado de México. En dicha sede se brinda atención médica y rehabilitación, particularmente se enfoca en población con alguna discapacidad que busca rehabilitarse con base en un apoyo integral (Gobierno del Estado de México, 2024). De este modo, ofrece servicios tales como trabajo social, odontología, medicina general, estimulación temprana, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, medicina especializada en rehabilitación, unidad de medicina preventiva, alberca semiolímpica y atención psicológica.

La coordinadora del área de psicología es quién se encarga de realizar entrevistas, ofrecer la atención psicológica a niños cuyos padres lo soliciten; el servicio se brinda en un horario de 8:00 a 17:00 horas. Así mismo, se encarga de realizar constancias de discapacidad para niños y jóvenes mediante la aplicación de pruebas psicométricas con apoyo de prestadores de servicio social de la carrera de psicología de diferentes universidades con un costo de ochenta pesos por sesión. Los casos que buscan terapia familiar, de pareja o individual, son referidos por la coordinadora a los maestrantes de la Residencia. En esta sede se asistía dos días por cuatro horas, lo que permitía una atención de dos a tres sesiones simultáneas cada hora.

Instituto Municipal de la Mujer Nezahualcóyotl

Se encuentra en la avenida Riva Palacio s/n, esquina con séptima avenida, Estado de México, Nezahualcóyotl, Estado de México. El Instituto es una dependencia del Gobierno local de la alcaldía Nezahualcóyotl, cuyo objetivo es brindar atención a mujeres, principalmente en materia de género, asesoría legal, servicio médico, trabajo social y prevención de la salud, como realización de mastografías y análisis clínicos de laboratorio (Ayuntamiento de Nezahualcóyotl, 2023). Constantemente se realizan talleres que buscan

realzar múltiples actividades en las mujeres habitantes de la zona, a saber: de cocina, tejido y enfermería, entre otros.

El servicio que más se solicita es la atención psicológica, esta se ofrece de manera gratuita y puede ser individual, de pareja y familiar. Los coordinadores del área quiénes en conjunto a una plantilla de psicólogos y prestadores de servicio social se encargan de realizar entrevistas, brindar atención psicoterapéutica con enfoque humanista en un horario de 9:00 a 18:00 horas, así como de la posibilidad de canalizar al área jurídica en caso de ser necesario.

Las personas que buscan atenderse solicitan el servicio directamente en el Instituto y posteriormente son referidas al área de Trabajo Social para realizar el registro necesario con base en una entrevista. De este modo, posteriormente son referidos al área solicitada, ya sea para atención médica, jurídica o psicológica. En este caso, diversos casos se canalizaron a la Residencia para su atención. En esta sede se asistía tres días, por cuatro a cinco horas, lo que permitía una atención de tres a cuatro sesiones simultáneas cada hora.

Clínica Universitaria para la Atención a la Salud Tamaulipas

Esta sede forma parte de las clínicas que están sujetas a la administración de la FES Zaragoza, se encuentra en 4ta avenida. s/n, Col. Tamaulipas, Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México. El objetivo de la CUAS Tamaulipas es facilitar el cumplimiento de programas curriculares de las carreras de Cirujano Dentista y Psicología, así como de establecer un trabajo multidisciplinario con pasantes de Médico Cirujano y Enfermería. Esta clínica atiende a todos los grupos poblacionales: escolares, adolescentes, adultos y adultos mayores (UNAM, 2021).

Los servicios que se ofrecen son prestados por alumnos de diversas licenciaturas bajo la debida supervisión, aunado a los programas de servicio social y de la Residencia en Terapia Familiar. Además, cuenta con dos programas especialidades: atención multidisciplinaria de diabetes y comunicación interpersonal en la escuela y en la familia. En el área de Psicología se cuenta con 34 cubículos para realizar la atención, cuenta con cuatro cámaras de Gesell con un sistema cerrado de grabación de audio y video para lograr cumplir con el objetivo de formar a los estudiantes y ofrece una atención óptima a la población (Álvarez Domínguez y Ayala Gómez, 2020).

La clínica universitaria funciona de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 horas. En el área de Psicología brinda servicios de Psicología educativa y psicología clínica, este último servicio es impartido por tres programas universitarios: las prácticas supervisadas de licenciatura, los programas de servicios social de la licenciatura en psicología y la Residencia en Terapia Familiar. Los servicios son de bajo costo e incluso gratuitos. Los consultantes son estudiantes y trabajadores de comunidad UNAM y público en general. La manera en la que pueden ser atendidos puede ser mediante la asistencia directa en la recepción para luego ser contactados por alguno de los servicios y agendar una cita para la realización de una entrevista y comenzar de este modo con la atención psicológica. En esta sede se asistía tres días por cuatro a cinco horas, lo que permitía llevar a cabo cuatro a cinco sesiones simultáneas.

Escuela Superior de Educación Física ESEF

Se ubica en la calle Atletas S/N, Puerta 4, Iztacalco, Ciudad de México, CDMX. Es una institución que forma parte de las Escuelas Normales en la Ciudad de México y está dedicada a formar docentes profesionales en educación física. En ella se reciben alrededor de trescientos alumnos cada año, con un plan de estudios que consta de ocho

semestres (Gobierno de México, 2022). La ESEF y su comunidad realiza talleres, programas y cursos que buscan promover activamente la educación física en todo el país.

En esta escuela, las instalaciones son propicias para el desarrollo de múltiples actividades artísticas y deportivas. En el campo de la salud, cuenta con servicio médico general, enfermería, rehabilitación y atención psicológica. Este último se ofrece a toda la comunidad de la institución de manera gratuita: alumnos, profesores y administrativos. Para ello, se les entrega un carné de citas a través del cual se justifican las faltas a los alumnos en caso de requerir ausentarse de clase.

Algunos casos que se encontraban en lista de espera son referidos por la psicóloga de base, no obstante, la mayoría de estos casos no se presentaron o no atendían al contacto para agendar una cita. Sin embargo, la comunidad tiene una buena respuesta, ya que quienes la integran buscan de manera directa la oportunidad de atenderse en el servicio médico. De este modo, son referidos posteriormente a la Residencia para su pronta atención. En esta sede se asistía dos días a la semana por cuatro a cinco horas, lo que permitía atender cuatro a cinco consultantes de manera simultánea.

Modalidad de atención

La atención se realiza mediante sesiones programadas a lo largo del semestre, estas tienen una frecuencia semanal y una duración de cincuenta a sesenta minutos. En ocasiones, debido a la alta demanda del servicio, las citas se realizan de manera quincenal, en sedes como COFIE o IMMUJERES.

Así mismo, se utiliza una modalidad de supervisión en vivo, donde el subsistema familiar, el sistema terapéutico y el de supervisión se encuentran en el mismo lugar. En el caso de la CUAS Tamaulipas, la atención se realiza por medio de un espejo con visión unidireccional o Cámara de Gesell.

El subsistema consultante está conformado por las personas que acuden a solicitar el servicio, ya sea de manera individual, en pareja o familia. En el subsistema terapéutico se encuentran aquellos estudiantes que asumen la responsabilidad de atender un caso de manera individual o en coterapia. Para ello, además de tomar las riendas de la terapia, cuentan con tareas tales como formar parte de la discusión del equipo terapéutico, así como transmitir las ideas resultantes. Por otro lado, los terapeutas desempeñan actividades administrativas propias de la institución, como la elaboración de expedientes clínicos, la expedición de constancias, el seguimiento a los consultantes y el cumplimiento de lineamientos y normas propias de cada sede.

El subsistema de supervisión lo constituyen el supervisor o supervisora y el equipo terapéutico, el cual está integrado por el resto de los alumnos de la Residencia. El objetivo es propiciar un espacio que, mediante la reflexión e integración de elementos teóricos, se logre facilitar el análisis del caso y generar una amplitud de visiones (Desatnik et al., 2002).

Antes de comenzar el proceso terapéutico, se realiza el encuadre, donde se firma el consentimiento informado, el cual consiste en hacer saber al paciente el uso de video y audio grabación de todas las sesiones, el trabajo en la supervisión de la Residencia y el uso confidencial y anónimo de la información otorgada (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). De modo tal que la autorización es voluntaria e informada, y se brinda la oportunidad de retirar el consentimiento cuando sea requerido, así como su entrega de acuerdo con la ley cuando esto sea permitido por una autoridad pertinente. Por último, se explica la modalidad de trabajo basado en la literatura sobre la enseñanza de la Terapia Familiar (Lowe et al., 2008); a saber: la pre-sesión, el tiempo de sesión, la pausa para la intersesión, la discusión con el equipo terapéutico y finalmente, la devolución y cierre de la sesión (Maaß et al., 2022).

Modalidades de participación dentro del Sistema Terapéutico

Algunos de los roles en los que se participa dentro del sistema terapéutico bajo supervisión (Styczynski y Greenberg, 2008) son los siguientes:

Coterapeuta: Durante el primero y segundo semestre, se maneja esta modalidad siendo participes dos estudiantes de la Residencia o bien, en conjunto con el supervisor a cargo (Lowe et al., 2008). Esta oportunidad permite ampliar la mirada y el enriquecimiento de las observaciones e intervenciones a través de la retroalimentación (Kadieva y Williams, 2022). En el caso de dos maestrantes en coterapia, ambos asumen la responsabilidad de cubrir lo esencial del proceso, tal como el llenado del consentimiento informado, la grabación de las sesiones y la conclusión del expediente de cada institución.

Terapeuta: A partir del segundo semestre, cada estudiante asume la responsabilidad de un caso y el trabajo radica en la atención directa con los consultantes, mantener al corriente el expediente con la información relevante de la intervención, así como informar al supervisor y al equipo terapéutico de los avances y la labor durante las sesiones.

Gracias a la retroalimentación del equipo terapéutico, es posible devolver las intervenciones, Gracias a que se cuenta con el apoyo de las grabaciones de sesión para mejorar la calidad del servicio otorgado (Gallant y Thyer, 1989; Maaß et al., 2022).

Equipo terapéutico: Desde el primer semestre, es posible formar parte del equipo terapéutico junto con el supervisor a cargo, dicho grupo que tiene la tarea de fungir como observadores, generar hipótesis, intercambiar y discutir ideas o pensar de la forma más diferente posible. Cada miembro del equipo terapéutico ofrece opiniones bajo la indicación de acompañar y aportar, de modo tal que es la diversidad de cada miembro, con un respectivo bagaje detrás de cada elemento, lo que hace enriquecedora la devolución del equipo terapéutico (Bernstein et al., 1984; De Shazer y Molnar, 1984).

Modelos de Atención

A partir del primer semestre comienza la enseñanza teórica de los modelos de la terapia familiar, estos se conjuntan con la práctica y con ello se permite la aplicación de los modelos que se estén revisando en función de la teoría. A partir del tercer semestre, aumenta la posibilidad de la elección del modelo, técnicas y/o prácticas para los casos que requieren o poseen características particulares. De este modo, se rescata la utilización del equipo reflexivo (Andersen, 1991) como una técnica recurrente.

Motivo de Consulta

Las personas buscan atención psicológica con relación a algún malestar o situación en sus vidas. Esta atención comprende desde diagnósticos psiquiátricos o bien, aquellos de conocimiento popular. Algunas veces, se trata de problemas relacionados con algún miembro familiar o pareja, la muerte de un ser querido o con la crianza de algún hijo. En este sentido, se suele trabajar con un objetivo al inicio del proceso a fin de que este se pueda continuar, ampliar o transformarse.

Número de sesiones

La atención terapéutica depende del calendario semestral de la UNAM, se cuenta con una cantidad máxima de sesiones que oscilan entre diez y trece de manera semanal. En algunas ocasiones son cantidad suficiente para cumplir el objetivo planteado desde el inicio del proceso; no obstante, hay ocasiones en las que se presentan casos al cierre del semestre, por lo que se requiere de un mayor número de sesiones debido a que el período escolar no lo permite. Por lo tanto, durante el primero y segundo semestre, en los casos de COFIE, se suelen ofrecer sesiones hasta el semestre entrante.

Estatus del proceso

Para cada caso es necesario asignar un estatus del proceso terapéutico que conlleva diversas razones y decisiones importantes. Cuando es alta, se considera que el

consultante ha alcanzado el objetivo y decide continuar con su día a día sin el acompañamiento terapéutico, pero es importante que lo haga de manera explícita y verbal. Por otro lado, es posible que el terapeuta y el equipo terapéutico sean quienes detecten y presenten los logros de quienes los consultan, si ambas partes están de acuerdo, se da por concluido el proceso. Para ello, es posible apoyarse con algún ritual de cierre.

Cuando se trata de baja, se hace referencia a aquellos casos donde no fue posible continuar con el proceso. En la cuestión de los consultantes, hay ocasiones en las que estos expresan de manera explícita que no podrán continuar con el proceso debido a algún motivo específico. No obstante, la mayoría de las veces, este estatus se asigna cuando es por inasistencia y se desconocen las razones al menos durante dos citas continuas.

En los casos que fueron atendidos en la recta final del semestre, se suele decidir continuar con el proceso y requerir de mayor número de sesiones, de manera que son considerados para el próximo curso, por lo que según sean las condiciones del consultante, la sede y los horarios disponibles se acuerdan con los residentes para determinar un hora y día a manera de seguimiento.

1.3 Cuadro de Casos Atendidos

A continuación, se presenta la información de los casos atendidos a lo largo de la Residencia. De este modo, se muestra por semestre y por sede clínica, el sexo, el número de personas atendidas, la edad, el modelo de atención, el tipo de participación, el número de sesiones y el estatus del proceso.

1er semestre. Centro de Orientación y Formación Integral Estudiantil COFIE

Consultantes	Motivo de consulta	Modelo de atención	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus del proceso
Hombre 20 años	Falta de motivación	MRI	Coterapeuta	11	Alta
Mujer 18 años	Atracones	MRI	Coterapeuta	9	Alta
Hombre 22 años	Depresión	Estratégico	Coterapeuta	3	Baja
Mujer 22 años	Dificultad para relacionarse con los demás	Estratégico	Coterapeuta	4	Baja
Mujer 18 años	Problemas familiares	Estratégico	Equipo terapéutico	5	Baja
Mujer 21 años	Ansiedad	Estratégico	Equipo terapéutico	4	Baja
Mujer 19 años	Recaída emocional por abuso sexual	Estratégico	Equipo terapéutico	4	Alta
Mujer 21 años	Ansiedad	Estratégico	Equipo Terapéutico	4	Baja
Mujer 35 años	Problemas familiares	Estratégico	Equipo Terapéutico	4	Baja

2do semestre. Centro de Orientación y Formación Integral Estudiantil COFIE

Consultantes	Motivo de consulta	Modelo de atención	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus del proceso
Mujer 21 años	Conductas obsesivas	MRI	Coterapeuta	5	Alta
Hombre 22 años	Problemas de socialización.	MRI	Equipo terapéutico	6	Alta
Mujer 19 años	Inseguridad al relacionarse con los demás	MRI	Equipo terapéutico	6	Baja
Hombre 24 años	Infidelidad en la pareja	MRI	Equipo terapéutico	5	Alta

Mujer 19 años	Problemas en la dinámica familiar	MRI	Terapeuta	9	Alta
Mujer 19 años	Aislamiento social	MRI	Terapeuta	4	Baja
Mujer 20 años	Ansiedad	Estratégico	Terapeuta	7	Alta
Mujer 26 años	Tristeza profunda	Estratégico	Equipo terapéutico	5	Alta
Mujer 21 años	Ansiedad	Estratégico	Equipo terapéutico	6	Baja
Mujer 19 años	Problemas de pareja	Estratégico	Equipo terapéutico	5	Alta
Mujer 23 años	Problemas para socializar	Estratégico	Equipo terapéutico	5	Alta
Mujer 24 años	Adicción al tabaco	MRI	Equipo terapéutico	10	Alta
Mujer 20 años	Ansiedad social	MRI	Coterapeuta	9	Alta
Mujer 18 años	Problemas familiares	MRI	Equipo terapéutico	5	Alta
Hombre 18 años	Problemas para relacionarse con amigos	MRI	Equipo terapéutico	6	Alta
Mujer 19 años	Ansiedad	MRI	Equipo terapéutico	1	Baja
Mujer 20 años	Problemas académicos	MRI	Equipo terapéutico	1	Baja

2do semestre. Centro Comunitario San Lorenzo

Consultantes	Motivo de consulta	Modelo de atención	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus del proceso
Pareja heterosexual hombre 41 y mujer 38 años	Problemas de comunicación	Estratégico	Coterapeuta	7	Alta
Mujer 30 años	Regulación emocional	Estratégico	Equipo terapéutico	6	Baja
Mujer 30 años	Problemas familiares	Estratégicos	Equipo terapéutico	6	Baja

3er semestre. Desarrollo Integral de la Familia. Unidad de Rehabilitación e Integración Social URIS.

Consultantes	Motivo de consulta	Modelo de atención	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus del proceso
--------------	--------------------	--------------------	-----------------------	-----------------	---------------------

Familia Mamá 83 años, hija 55 años hija 59 años	Regulación emocional	MRI	Terapeuta	8	Alta
Pareja heterosexual Mujer 30 años y Hombre 32 años	Problemas en la crianza de un hijo	MRI	Terapeuta	2	Baja
Familia madre 23 años, padre 22 años, hermano de la madre 19 años, abuela de la madre 64 años, hijo 3 años.	Problemas en la crianza del hijo	MRI	Terapeuta	1	Baja

3er semestre. Instituto Municipal de la Mujer Nezahualcóyotl.

Consultantes	Motivo de consulta	Modelo de atención	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus del proceso
Mujer 44 años	Problemas económicos	Soluciones	Terapeuta	3	Baja
Mujer 53 años	Problemas de pareja	Soluciones	Equipo terapéutico	7	Alta
Mujer 20 años	Ansiedad	Soluciones	Equipo terapéutico	8	Alta
Mujer 19 años	Problemas de comunicación familiares	Soluciones	Equipo terapéutico	6	Alta
Mujer 25 años	Problemas familiares	Soluciones	Terapeuta	7	Baja
Mujer 49 años	Dificultades en la crianza y educación de su hijo	Milán	Equipo terapéutico	5	Alta
Familia papá 54 años, mamá 49 años e hija 29 años	Problemas de comunicación en la familia	Milán	Equipo terapéutico	9	Alta
Pareja heterosexual hombre 33 y mujer 26 años	Problemas de comunicación y violencia	Milán	Coterapeuta	3	Baja
Mujer 50 años	Problemas de pareja	Milán	Equipo terapéutico	6	Alta
Mujer 78 años	Depresión	Milán	Terapeuta	8	Alta

Hombre 49 años	Problemas de crianza	Milán	Equipo terapéutico	9	Baja
Pareja heterosexual mujer 51 y hombre 59 años	Problemas de comunicación	Milán	Equipo terapéutico	1	Baja
Mujer 32 años	Trastorno de Conducta Alimentaria	Milán	Equipo terapéutico	4	Alta
Mujer 13 años	Dificultades en la relación familiar	Milán	Equipo terapéutico	5	Alta
Mujer 40 años	Rompimiento de una relación amorosa	Milán	Equipo terapéutico	7	Alta
Mujer 41 año	Ansiedad	Milán	Equipo terapéutico	5	Alta
Familia Mamá adoptiva 31 años, papá 32 años, abuela 56 años	Dificultad en la adaptación de una hija	Milán	Coterapeuta	1	Baja

3er semestre. Centro Comunitario San Lorenzo

Consultantes	Motivo de consulta	Modelo de atención	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus del proceso
Familia Mamá 59 años, hijo 16 años	Hurto de dinero del hijo	Estratégico	Terapeuta	1	Baja
Mujer 16 años	Confianza en sus padres	Estratégico	Terapeuta	1	Baja
Hombre 16 años	Ansiedad	Estratégico	Coterapeuta	2	Baja
Mujer 49 años	Dificultades en la crianza y con su pareja	Estratégico	Equipo reflexivo	2	Alta
Mujer 69 años	Ansiedad	Estratégico	Equipo terapéutico	5	Alta

3er semestre. Clínica Universitaria para la Atención a la Salud Tamaulipas

Consultantes	Motivo de consulta	Modelo de atención	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus del proceso
--------------	--------------------	--------------------	-----------------------	-----------------	---------------------

Mujer 18 años	Abuso sexual	MRI	Equipo terapéutico	1	Baja
Mujer 17 años	Ansiedad por problemas escolares	MRI	Coterapeuta	5	Baja
Mujer 16 años	Regulación emocional	MRI	Equipo terapéutico	7	Alta
Mujer 59 años	Dificultades en la relación con su nieto	MRI	Equipo terapéutico	7	Alta

4to semestre. Desarrollo Integral de la Familia. Unidad de Rehabilitación e Integración Social URIS.

Consultantes	Motivo de consulta	Modelo de atención	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus del proceso
Hombre 68 años	Problemas en sus relaciones familiares	MRI	Terapeuta	4	Baja
Pareja heterosexual hombre 22 años y mujer 19 años	Problemas en comunicación y acuerdos	MRI	Terapeuta	5	Baja
Mujer 70 años	Bajar de peso para ser candidata a una cirugía	MRI y Soluciones	Terapeuta	4	Alta

4to semestre. Instituto Municipal de la Mujer Nezahualcóyotl.

Consultantes	Motivo de consulta	Modelo de atención	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus del proceso
Mujer 38 años	Dificultades en el diagnóstico médico de su hija	Milán	Coterapeuta	5	Alta
Familia, mamá 35 años e hijo 16 años	Problemas por la muerte de dos miembros familiares	Milán	Coterapeuta	4	Alta
Mujer 49 años	Dificultades en la crianza de su hijo	Milán	Equipo reflexivo	4	Alta
Mujer 43 años	Problemas en la relación con sus hijos	Milán	Equipo reflexivo	1	Baja

Mujer 21 años	Problemas en su relación de pareja actual	Milán	Equipo reflexivo	5	Alta
---------------	---	-------	------------------	---	------

4to semestre. Clínica Universitaria para la Atención a la Salud Tamaulipas

Consultantes	Motivo de consulta	Modelo de atención	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus del proceso
Hombre 17 años	Problemas familiares	Estratégico	Terapeuta	5	Alta
Mujer 16 años	Dificultad en relaciones sociales	Estratégico	Terapeuta	8	Alta
Mujer 19 años	Ansiedad	Estratégico	Equipo terapéutico	4	Baja
Mujer 22 años	Secuelas de abuso sexual	Estratégico	Equipo terapéutico	9	Alta
Familia, mamá 39 años, hija 9 años y abuela 69 años	Ansiedad en la hija mayor	Estratégico	Equipo terapéutico	5	Baja
Mujer 17 años	Dificultades en el manejo del enojo	Estratégico	Equipo terapéutico	4	Alta
Mujer 52 años	Dificultades en sus relaciones familiares	Estratégico	Equipo terapéutico	4	Alta
Familia, papá 35 años e hijo 17 años	Dificultades en la relación con la madre del hijo mayor	Estratégico	Equipo terapéutico	6	Alta
Familia, mamá 35 años e hijo 16 años	Dificultades en comunicación y acuerdos	Narrativa	Coterapeuta	7	Alta
Pareja heterosexual mujer 60 años y hombre 58 años	Dificultad en la pareja derivado de una infidelidad	Narrativa	Equipo terapéutico	4	Baja
Mujer 22 años	Problemas en la relación con su madre	Narrativa	Equipo terapéutico	5	Alta
Mujer 23 años	Ansiedad derivada de problemas familiares	Narrativa	Equipo terapéutico	6	Alta
Mujer 20 años	Problemas en su relación de pareja	Narrativa	Equipo terapéutico	3	Alta

Familia, Mamá 36 años, papá 42 años, hija 18 años e hijo 14 años	Manejo de emociones y autoestima del hijo menor	Narrativa	Equipo terapéutico	6	Alta
--	---	-----------	--------------------	---	------

4to semestre. Escuela Superior de Educación Física ESEF

Consultantes	Motivo de consulta	Modelo de atención	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus del proceso
Hombre 20 años	Problemas en su relación de pareja	Milán dialógico	Coterapeuta	5	Alta
Hombre 23 años	Ansiedad	Milán dialógico	Coterapeuta	1	Baja
Hombre 20 años	Problemas de autoestima, ideación suicida, problemas de pareja y de sueño	Milán dialógico	Coterapeuta	3	Baja
Mujer 18 años	Dificultades en la relación con su madre	Milán dialógico	Equipo terapéutico	5	baja
Mujer 50 años	Dificultades en la relación con su hija	Milán dialógico	Equipo terapéutico	8	Alta
Mujer 19 años	Problemas familiares y acoso escolar	Milán dialógico	Equipo terapéutico	7	Baja
Hombre 23 años	Problemas en su relación de pareja	Milán dialógico	Equipo terapéutico	6	Alta
Hombre 20 años	Acoso escolar	Milán dialógico	Equipo terapéutico	1	Baja
Hombre 19 años	Dificultades en la relación con su mamá y su pareja	Estratégico	Terapeuta	4	Alta
Mujer 31 años	Autolesiones en su hija menor	Estratégico	Terapeuta	1	Baja
Mujer 25 años	Dificultades en sus relaciones sociales	MRI	Terapeuta	6	Alta
Mujer 25 años	Baja autoestima y ansiedad	MRI	Terapeuta	4	Alta

En conclusión, el análisis de casos atendidos revela patrones significativos de género, edad y modelos terapéuticos predominantes. La muestra de 113 personas evidencia una mayor representación de mujeres, con una edad media de 33 años y una desviación estándar de 17, en comparación con los hombres, que presentan una edad media de 27 años y una desviación estándar de 15. Este hallazgo puede sugerir tendencias demográficas que podrían influir en la dinámica y la naturaleza de los problemas familiares abordados. Además, es notable que los modelos terapéuticos predominantes fueron el Estratégico de Jay Haley (1983) y el modelo de terapia breve de resolución de problemas o MRI (Fisch et al., 2003), también resalta la transición de modelos durante la segunda mitad de la Residencia, entre los que destacan el *Milan Approach* (Reséndiz, 2010) y la terapia narrativa (White y Epston, 1993).

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1 Modelo Terapéutico

Existen diversos modelos dentro de la terapia familiar sistémica (Bertrando y Toffanetti, 2004; Nichols y Davis, 2020), a continuación, se presentarán las características principales que orientaron la atención y análisis del caso clínico seleccionado.

Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas

Origen

El Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas, es el punto más alto en una serie de múltiples sucesos a mediados de la década de 1940. Entre ellos, es el más importante en el desarrollo y consolidación de la cibernética. Este concepto se origina en las conferencias Macy y suscitarán un entusiasmo por la creación de un nuevo marco de referencia para la investigación científica (Wittezaele y García, 1994).

En estas conferencias, participaron los matemáticos Norbert Wiener y John Von Neumann, el neurofisiólogo mexicano Arturo Rosenblueth, neurocientífico español Rafael Lorente, el neuropsiquiatra Warren MacCulloch, el psicólogo Kurt Lewin y los antropólogos Margaret Mead, el hipnotizador Milton H. Erickson y Gregory Bateson, por mencionar algunos (Heims, 1991).

Dentro de las conferencias se dieron múltiples aportaciones conceptuales que hasta el día de hoy se utilizan dentro de la Terapia Familiar, tal como la retroalimentación negativa y positiva, circularidad, regulación, auto organización y demás. De manera tal que se constituía la cibernética, cuyo objeto de estudio se enfocó en los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas (Vargas Avalos, 2004).

Es así como, la cibernética se convirtió en el soporte teórico de un campo emergente que permitió la explicación interaccional y el surgimiento de la terapia familiar.

Gregory Bateson se encargó del desarrollo de un papel vital para llevar estos conceptos de la cibernética a la explicación de la conducta (Vargas Avalos, 2004).

El grupo de Bateson

Para 1952 Bateson encabeza un grupo con John Weakland, Jay Haley y William Fry que comienza con el estudio de la comunicación y paradojas (Wittezaele y García, 1994). Hacia 1953, el grupo comenzó a analizar de manera profunda la práctica en psicoterapia, para este momento no existía como tal un modelo, pero había un interés por el trabajo con pacientes de esquizofrenia y la comunicación entre ellos. En 1954, Bateson invita al psiquiatra Don Jackson para colaborar en las investigaciones pues se encuentra interesado en el concepto de Homeostasis Familiar, este concepto se expuso dentro de un hospital para veteranos en Menlo Park, California (Hoffman, 2011). Jackson fue clave para realizar la primera publicación del equipo de Bateson que fue en 1956 a través de la revista *Behavioral Science* (Vargas Avalos, 2004).

El artículo *Hacia una teoría de la esquizofrenia* (Bateson et al., 1956) se publicó y marcó una revolución en la manera en la que se percibe la esquizofrenia. La explicación de dicha enfermedad pasó de ser una explicación psiquiátrica tradicional a algo inherente al ser humano. Este cambio de paradigma dio lugar a una definición que enfatiza la importancia de la comunicación interpersonal para la comprensión de la esquizofrenia (Vargas Avalos, 2004).

De este trabajo, se desprenden dos principios para el desarrollo de investigaciones posteriores en el rubro de la terapia familiar, el primero es la familia como sistema homeostático y el segundo la hipótesis del doble vínculo. Jackson (1977) describe a la familia como un sistema cibernético gobernado por reglas que busca estabilidad a través de circuitos de retroalimentación (*Feedback*), establece que el síntoma actúa

homeostáticamente para conservar el equilibrio familiar. El segundo principio se planteó como un patrón de comunicación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas de la relación. El “doble vínculo” alude a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico (Bateson et al., 1956).

Bateson dentro de su investigación en la comunicación, se interesó en las propuestas del terapeuta Milton H. Erickson quien era famoso por su manera particular de hacer terapia, pues se basaba en estrategias inusuales y opuestas a las intervenciones clásicas, pero con resultados eficientes. Bateson encomienda a Jay Haley y John Weakland a estudiarle para indagar la comunicación hipnótica como parte del proyecto de Bateson. Las visitas semanales de Haley y Weakland dieron sus frutos, se percataron que los conceptos teórico-prácticos del proyecto de Bateson estaban presentes en la terapia de Erickson mediante paradojas de acción y prescripción, algo como un doble vínculo terapéutico (Weakland y Haley, 1985).

En 1959, derivado de los descubrimientos del trabajo del equipo de Bateson, comienza el apoyo económico de fundaciones para la investigación sobre la comunicación, el doble vínculo en familias normales y anormales y familias esquizofrénicas y con ello a formalizar el proyecto “Terapia familiar de la esquizofrenia” (Sluzki y Ramson, 1976). El financiamiento del proyecto incluía el uso de tecnología como filmaciones para analizar las sesiones, algo que se mantuvo a lo largo de los años en investigaciones posteriores (Weakland et al., 1974). El proyecto Bateson que comenzó con la comunicación evolucionó a la terapia. Bateson, sin embargo, no compartía esta idea y con ello se distancia del grupo para emprender otros proyectos (Vargas Avalos, 2004).

La relevancia de los descubrimientos del equipo de Bateson es que son los primeros en modelar al lenguaje por medio de la teoría de los tipos lógicos, inaugurar el estudio de la etiología de las enfermedades mentales desde un enfoque interaccional, describir la esquizofrenia como disturbios en la comunicación por la confusión de niveles de mensajes, examinar el proceso terapéutico en términos comunicacionales y paradójicos, modelar la familia como sistema cibernético y homeostático y por último, desarrollar un lenguaje interaccional para la explicación de la etiología de las enfermedades mentales y de un proceso terapéutico (Mendoza Romero, 2017; Vargas Avalos, 2004).

Fundación del MRI

Para 1959, Don Jackson funda un instituto que recupere las ideas del proyecto de Bateson en el ámbito de la terapia y así crea el *Mental Research Institute (MRI)* en Palo Alto, California. El grupo de Bateson conservó su autonomía, pero tras la salida de Bateson, en 1962 este equipo ahora conformado por Jay Haley y John Weakland se anexan a Jules Riskin y Virginia Satir encabezados por Jackson (Wittezaele y García, 1994). El MRI se consolida como una asociación privada con el objetivo de estudiar y formalizar un método de terapia familiar. Son múltiples los proyectos e investigaciones del MRI que permitieron el desarrollo de elementos para posteriormente sentar las bases teóricas del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Don Jackson, además de establecer el concepto como homeóstasis familiar, instaure premisas que van a fungir como bases para el Instituto tal como traer la explicación interaccional cibernética, para lo cual será necesario un lenguaje nuevo para entender los procesos (Wittezaele y García, 1994). También propone un modelo no patológico, con el fin de no encasillar a las familias bajo un diagnóstico que permita

resaltar las diferencias individuales a través del respeto. Aunado a esto, la investigación tendría que ser a partir de la descripción de las relaciones entre una persona y otra mediante el comportamiento observable (Wittezaele y García, 1994).

Otra base importante es la teoría de la pragmática de la comunicación humana, propuesta por Watzlawick y colaboradores (2011) compuesta por cinco axiomas (Schlanger, 2021; Watzlawick et al., 2011;) que se describen a continuación. El primer axioma es la imposibilidad de no comunicar, donde toda conducta es comunicación, incluso la inactividad tiene valor del mensaje sobre una persona.

El segundo axioma es que toda comunicación presenta un nivel de contenido y un nivel de relación, donde el contenido es la información que se transmite en toda comunicación humana y la relación conativa en el cual se entiende qué tipo de mensaje se trata de acuerdo con la relación entre los que se comunican, aquí influye el tono, acento y el contexto de relación.

El tercer axioma es la puntuación de la secuencia de hechos determina cómo es qué es leída, la naturaleza de la relación está vinculada con la puntuación, que, a su vez, son recortes de la comunicación que permite organizar los hechos de la conducta.

El cuarto axioma es que la comunicación se codifica de dos maneras: De manera digital y analógica. La digital es el uso del lenguaje como una serie de signos que se utilizan para nombrar las cosas de forma verbal, es decir lo que se dice; mientras que lo analógico además de incluir lo no verbal, se considera el cómo es qué se dice lo qué se dijo. El punto de diferencia entre ambas es que el código digital es arbitrario, el analógico es por semejanza.

El quinto axioma es que la interacción en la comunicación es simétrica o complementaria. La simétrica consiste en que los comunicantes tienden a igualar su

conducta recíproca y la complementaria es cuando el comportamiento de uno de los participantes complementa al otro, ya sea de manera superior o inferior. Se puede hablar también de una comunicación meta complementaria o paralela, donde prevalece una alternancia entre la simétrica y la complementaria.

De 1963 a 1968 comienza un periodo de prosperidad en el MRI, donde Richard Fisch en 1960 propone la creación de un Centro para el uso de técnicas breves en pacientes externos para desarrollar tratamientos efectivos y eficaces y para el entrenamiento de terapeutas en este breve tratamiento. Satir deja el MRI en 1967 y Jackson fallece en 1968, no obstante, se encargó de que el MRI se volviera famoso internacionalmente, pero emergió este proyecto de investigación dirigido por Fisch (Schlanger, 2022).

Proyecto de Investigación del Brief Therapy Center (BTC)

Richard Fisch fundó en 1967 el *Brief Therapy Center* (BTC) y al español es llamado como el Centro de Terapia Breve (CTB) a cargo de un grupo de clínicos como John Weakland, Jay Haley, Arthur Bodin y Paul Watzlawick (1974). Jay Haley se mantuvo por un tiempo, pero en 1967 dejó el proyecto. El *Brief Therapy Center* se mantuvo en el mismo edificio que el MRI en Palo Alto, California. John Weakland, Arthur Bodin y Paul Watzlawick encabezados por Richard Fisch se plantean el objetivo de solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presenten las familias, transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros, para estudiar las modificaciones de los sistemas familiares (Espinosa Salcido, 2004; Schlanger, 2022).

El equipo comienza la dinámica que modelará la práctica del futuro modelo. En el cuarto de tratamiento uno de los terapeutas se reúne con la familia en una parte de la cámara, mientras que otros terapeutas observan la sesión en otra habitación a través de

un espejo unidireccional que participa de manera activa mediante un intercomunicador. Todas las sesiones son videograbadas y fijan un máximo de diez sesiones de una hora a la semana (Weakland et al., 1974). Después de cada sesión, los terapeutas discutían acerca de pacientes que experimentaban con diferentes preguntas y métodos que facilitarían el cambio. La aportación más importante de este periodo es la identificación de los intentos de solución perjudiciales para un cambio y comenzar a interrumpirlos (Wittezaele y García, 1994).

El desarrollo del proyecto del *Brief Therapy Center* trajo consigo muchas premisas de las investigaciones de Bateson sobre las paradojas en la comunicación, no obstante, es con Erickson la posibilidad del desarrollo del modelo clínico de terapia breve del BTC y, en general, de la familia de terapias sistémicas. Erickson no estaba interesado en explicar teóricamente su trabajo, su prioridad fue buscar maneras de provocar cambios en aquel que le fuera a consultar como hipnoterapeuta. Los aportes de Milton Erickson permitieron la construcción de un pilar fundamental en el trabajo y formación de psicoterapeutas y el desarrollo de teorías mediante las intervenciones que permitieron dar cierta explicación a estos procesos de cambio “mágicos” (González Montoya, 2004). Las relaciones entre el equipo de Bateson con Erickson fueron enriquecedoras para concretar un estilo pragmático con la técnica clínica de Erickson (Watzlawick et al., 1992; Wittezaele y García, 1994).

Cabe destacar que en 1978 Heinz Von Foerster, a través de Paul Watzlawick, dejó marca en el Modelo de Terapia Breve del BTC (Wittezaele y García, 1994). A través del Constructivismo es que la realidad se construye de manera individual a través de las experiencias vividas, que, a su vez, refuerzan cada realidad y tendrá un impacto en cómo se leen dichas experiencias (Schlanger, 2021).

En 1993 se crea el Centro de Terapia Breve Latino para poder ampliar la atención hacia población hispana en el área de Palo Alto, California. Richard Fisch tras su jubilación en 2008, designa a Karin Schlanger como la siguiente directora del Brief Therapy Center del MRI. Actualmente, el Brief Therapy Center desarrolla múltiples líneas de investigación y formación para terapeutas. Pasaron años para que, en 2019, Karin Schlanger y el Consejo del BTC decidieran vender el icónico edificio del MRI en Palo Alto (Schlanger, 2022). La mayoría de los entrenamientos se desarrollan en el Brief Therapy Center México y en otros países.

Es así como el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas se estableció a partir del proyecto del BTC con Fisch y colaboradores (2009). Hoy en día, a este modelo se le conoce de diferentes maneras; una de ellas es el Modelo de Palo Alto, el cual se le refiere su origen geográfico y por otra parte se le vincula con el MRI llamado como Modelo de Terapia Breve del MRI debido a su origen en dicho Instituto.

2.1.1 Fundamentos de la Terapia Breve del Brief Therapy Center

Esta nueva forma de hacer terapia se centra sobre lo ya expuesto, los aportes en epistemología cibernética, el método terapéutico de Milton Erickson, la concepción de Familia de Don Jackson, la Teoría del doble vínculo y los aportes en la Teoría de la comunicación humana (Watzlawick et al., 1992).

El grupo del BTC se planteó tres objetivos: el primero es encontrar de manera rápida y eficiente un medio para resolver los problemas que los clientes exponen en psicoterapia y a los consultores; el segundo es convertir el arte de la terapia en una tarea artesanal, que pueda enseñarse fácilmente y el último es estudiar el cambio en los sistemas humanos (Bertrando y Taffanetti, 2004; Wittezaele y García, 1994).

El modelo no busca causas históricas del problema, considera que toda conducta normal o problemática, sea cual fuere su relación con el pasado o con los factores de la personalidad, está configurada y mantenida de manera continua por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que presenta la conducta (Watzlawick et al., 2011). Es decir, que el mantenimiento del problema se debe a comportamientos actuales o intentos de solución que enfatizan los circuitos interactivos que conservan el problema (Watzlawick et al., 1992).

De acuerdo con Weakland y colaboradores (1974), el modelo busca la definición precisa de intervenciones que tienen como objetivo bloquear o interrumpir los circuitos considerados externos al terapeuta y observador que son acciones de intento de solución. No busca identificar la psicopatología, sino que lo que sucede es un fenómeno social y no individual. También es no normativa, donde no hay estándares de normalidad que “deban cumplirse”.

Este modelo se sale de las ideas clásicas de psicoterapia puesto que no es una terapia de crecimiento, auto superación o encontrar el sentido de la vida ya que no le interesa encontrar la verdad absoluta, en todo caso se busca redefinir la verdad y se demuestra que hay otras maneras de ver la realidad de la persona que solicita la atención (Espinosa Salcido, 2004). El modelo plantea que las personas que se encuentran en constante contacto con otros individuos pueden conseguir el cambio requerido en un sistema, por medio de incitar el cambio en cualquier otro de sus miembros (Vargas Avalos, 2004; Watzlawick et al., 1992).

2.1.2 Formulación del Problema

El cambio surge como una respuesta a la desviación de una norma previamente establecida. La necesidad de cambio se manifiesta cuando se busca restablecer el

equilibrio y esto se logra mediante la implementación de acciones opuestas a las que causaron la desviación inicial (por ejemplo, la aplicación de frío para contrarrestar el calor). Si estas medidas correctivas resultan insuficientes, se recurre a intensificar las mismas acciones, lo que se le conoce como cambio 1. Sin embargo, cuando el problema se agrava, la rigidez de las restricciones aumenta. En este punto, persistir en las mismas medidas no sólo no produce el cambio deseado, sino que puede exacerbar el problema, convirtiéndose en parte de este (Watzlawick et al., 1992).

Ciertos problemas humanos pueden continuar con un nivel constante de gravedad, muchos que no permanecen igual durante mucho tiempo, tienden a aumentar y acentuarse si no se alcanza ninguna solución o es errónea, sobre todo si se aplica más de la misma solución equivocada. La solución consistente en más de lo mismo no es el principal problema, sino que es el problema en sí mismo, ya que sin el intento de solución este no existiría. Intentar el cambio 1 acentúa el problema, o se vuelve el problema mismo y se hace necesario realizar un cambio de tipo 2 que más adelante se describirá a detalle.

Cuando se habla de un problema, se trata de situaciones que parecen ser irresolubles o bien, que son mantenidos al enfocar mal las dificultades. Watzlawick y colaboradores (1992) describen tres maneras en las que una dificultad se puede convertir en un problema. La primera es intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: Es preciso actuar, pero no se emprende tal acción. La segunda es que se intenta un cambio para eliminar una dificultad que es inmodificable o bien inexistente: se emprende una acción cuando no se debería de emprender. La tercera consiste en que se comete un error de tipificación lógica y se establece un juego sin fin, se intenta un cambio 1, en una situación que sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediato o bien, se intenta un cambio 2 cuando resultaría adecuado un cambio 1, es decir, la acción es emprendida a un nivel equivocado. Estas tres perspectivas se puntualizan a continuación.

En primer lugar, se encuentran las terribles simplificaciones que implica negar la existencia del problema, lo que desacredita a quiénes la señalan y esto se convierte en el origen de la dificultad que se acepta. La combinación de negación y de los ataques de los individuos que señalan que no existe o que tratan de enfrentar el problema van juntos en las terribles simplificaciones de la dificultad de la interacción en los sistemas sociales, de manera más global, del mundo que es cambiante, moderno, interdependiente y en gran medida complejo. Una manera de abordar erróneamente un problema consiste en comportarse como si el problema no existiera, es así como se nombra, terrible simplificación a esta forma de negar su existencia. Además, una simplificación puede convertirse en auténticamente terrible al complicarse el problema original.

El síndrome de la utopía se describe como aquella solución extrema que parece repetirse con mayor frecuencia como resultado de una creencia que es única y absoluta. Cuando una persona asume dicha creencia, parece lógico utilizar esta solución, incluso sería fiel a sí mismo si no lo hiciera. El comportamiento derivado de esto se aprecia de tres formas posibles: La primera se puede denominar como introyectiva y se refiere al profundo y doloroso sentimiento de ineptitud personal para llegar a su propio objetivo. La segunda variante hace referencia al Eterno viajero, que elige un método inofensivo representado por una forma de dilatación o demora, donde el viaje es más importante que la llegada. Por último, está la variante que es esencialmente proyectiva, que implica una actitud moralista rígida por parte de la persona, que está convencida de haber encontrado la verdad y asume la responsabilidad misionera de transformar el mundo.

Sobre la paradoja se ubica dentro del intento de hacer un cambio 1, sin embargo, se requiere el cambio 2 y viceversa, por lo tanto, la acción se encuentra en un nivel equivocado. Los efectos de la paradoja sobre el comportamiento en la comunicación humana son peculiares callejones sin salida que se establecen cuando se intercambian

mensajes estructurados precisamente como las paradojas clásicas en la lógica formal. Al hacer más de lo mismo no se produce el cambio deseado, sino que produce el efecto contrario, es decir, la solución contribuye en gran medida a incrementar el problema. Las personas aplican una y otra vez esta misma forma de cambio, como si fuesen incapaces de aplicarla de manera adecuada, se encuentran guiados por la razón y el sentido común y su fórmula para obtener un cambio es hacer más de lo mismo.

2.1.3 Resolución del Problema

Watzlawick y colaboradores (1992) así como Reiter y Ray (2014) describen la manera de cómo es posible llegar a la resolución del problema. Existen situaciones cotidianas que suelen resolverse sin la necesidad de recurrir a algún experto o teorías específicas. Si alguien intenta indagar la comprensión del cambio, se le conoce como cambio espontáneo o bien que se basa en el sentido común. El cambio tipo 2, por su parte, se destapa con varias vertientes:

- a) El cambio 2 es aplicado a todo a aquello que dentro de la perspectiva del cambio 1 parece constituir una solución, debido a que dentro de la perspectiva del cambio 2, tal "solución" se revela como la causa del problema que se intenta resolver.
- b) El Cambio 1 como suele basarse siempre en el sentido común, el cambio 2 aparece como extraño, inesperado y desatinado; se trata de un elemento desconcertante, paradójico del proceso de cambio.
- c) Aplicar técnicas de cambio 2, significa abordar la situación en su aquí y ahora. *¿Qué?* y no un *¿Por qué?*, es decir que no se buscan las causas en el pasado del problema.
- d) La utilización de técnicas de cambio 2 libera la situación trampa que engendra paradojas creada por la autorreflexividad de la solución intentada, y coloca a la situación sobre una base diferente.

Para que el terapeuta pueda identificar las soluciones intentadas que ha empleado el paciente deberá escuchar con atención, de esta manera podrá encontrar el eje rector de lo que ha aplicado y no ha funcionado. Es parte de una serie de pasos que se tienen que utilizar, en caso de que se omita alguno no habrá un final productivo. Una vez que se define el problema de manera clara, se desglosa en comportamientos concretos y alcanzables. El siguiente paso es identificar las soluciones intentadas, suelen ser comportamientos de sentido común que las personas llevan a aplicarlos con diligencia y repetitividad. Una vez que se cuenta con la lista de intentos de solución, se formulan en términos imperativos, por ejemplo: “Debes de...” o “Deberías de...”, mientras eso ocurre, el terapeuta busca entender la postura de la persona que tiene enfrente, esto será crucial para más adelante cuando se llegue a la intervención (Schlanger et al., 2019).

Después de categorizar las soluciones intentadas, se asigna un nombre que contribuye a guiar al terapeuta hacia lo que se le conoce como el Tema Terapéutico, que consiste en la negación de la idea del conjunto principal de las soluciones intentadas. Con el Tema Terapéutico identificado, el terapeuta debe integrarlo mediante una tarea específica y concreta que les gustaría que los clientes probaran como parte de la implementación del Tema Terapéutico (Schlanger et al., 2019). En este punto, la misión del terapeuta es diseñar intervenciones que puedan hacer que el consultante genere un giro de 180°. Muchos problemas poseen una estructura en donde el evento “a” es indeseable. El sentido común refiere que lo mejor es prevenir o evitar “a”, es decir, optar por el cambio tipo 1. Aquellos que buscan la solución en la negación de esta dicotomía caen en la ilusión de alternativas y quedan atrapados. El cambio tipo 2 implica no solo rechazar “a”, sino también rechazar el “no a”. Es un nivel lógico superior, el de no elección (Watzlawick et al., 1992).

Para lograr el cambio tipo 2, es necesario tomar en cuenta el lenguaje, las motivaciones, actitudes del cliente y con ello, la definición de los objetivos ya establecidos inicialmente, en pocas palabras el terapeuta debe lograr que el consultante deje de hacer lo que está haciendo y emprenda un intento de solución distinto (Watzlawick et al. 1992).

La posición del cliente es la que permitirá a los terapeutas formular la nueva acción para que el cliente la pruebe de manera que pueda oírla, lo que normalmente les parecerá una locura (Schlanger et al., 2019). El terapeuta debe retomar las creencias y valores de la persona que tiene enfrente, a partir de ahí, el objetivo es utilizar los puntos de vista más destacados para comenzar a realizar un cambio, que a pesar de que parezca pequeño sea significativo. El cliente debe aceptar hacer la tarea con respecto al proceso al menos una vez a la semana siguiente. El cambio en el modelo de terapia breve siempre ocurre fuera de la sesión.

Weakland (1999), propone una serie de pasos para poder interrumpir el círculo vicioso que involucra los intentos de solución y el problema. El primer paso es captar el punto de vista y actitud del cliente, posteriormente, es necesario validar y reconocer la legitimidad de esta perspectiva de manera explícita. El segundo paso continúa con la reestructuración con dicha perspectiva con el apoyo del contraste de factores particulares que generen una perspectiva a una nueva dirección o implicación. Finalmente utilizar esta nueva dirección para proponer y promover acciones distintas por parte del cliente. Cabe resaltar que no es importante conocer el origen del círculo vicioso con el que se comenzó, lo que le interesa al terapeuta es que los sistemas autorregulados requieren de una filosofía propia en la que los conceptos de configuración e información son esenciales, es decir, los sistemas mismos constituyen su propia explicación más simple (Watzlawick et al., 2011).

La meta es que el terapeuta logre la venta del proceso (Weakland, 1999), una vez que se logra, es posible encaminarlo hacia el cambio de tipo 2, eso implica un salto cualitativo y de nivel lógico en la interacción entre el sujeto y realidad, la intervención debe ser capaz de cambiar al mismo tiempo las modalidades reactivo-comportamentales (soluciones intentadas), las modalidades perceptivas, de elaboración de los datos y las interacciones sociales (soluciones ensayadas por los demás) del paciente. Por una parte, para producir cambios importantes, es necesario que la intervención provoque experiencias concretas de diferentes percepciones y reacciones frente a realidades vividas y por otra parte cambiar la elaboración cognitiva de las experiencias (Nardone, 2007).

Para entender el cambio, es necesario definir la reestructuración que se define como modificar el propio marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación, y colocarla dentro de otra estructura que emprenda los hechos pertinentes a la misma situación concreta de una forma similar o inclusive de una manera más adecuada. Siendo así lo que se suple en la reestructuración es el sentido atribuido a la situación, y no los hechos concretos correspondientes a ésta (Ray y Watzlawick, 2006).

Una reestructuración empleada de manera exitosa deberá extraer el problema de su definición de síntoma trasladándose a otra que no implique la imposibilidad de modificación. Es importante mencionar que no se transfiere a otra definición cualquiera, sino a una que sea conforme al modo de pensar y de considerar la realidad por parte del individuo. La reestructuración situacional necesita identificar los puntos de vista, expectativas, motivos, premisas, toda la trama cuyos problemas han de modificarse, es decir, todo aquello que el paciente aporta es una regla básica para la solución de problemas (Watzlawick et al. 1992).

La reestructuración, además, presupone que el terapeuta aprenda el lenguaje del paciente, lo cual puede realizarse mucho más fácil y económicamente que viceversa. Son las auténticas resistencias al cambio las que pueden utilizarse para lograrlo; la reestructuración enseña un juego diferente, haciendo obsoleto el juego anterior. Ve algo diferente y no puede continuar con dicho juego ingenuamente (Fisch et al., 2003).

2.1.4 Esquematización del Modelo

De acuerdo con Watzlawick y colaboradores (1980) y con los principios previamente expuestos, conduce a la formulación y aplicación de un proceso de cuatro etapas que son:

1. Una clara definición del problema en términos concretos.
2. Una investigación de las soluciones intentadas.
3. Una clara definición del cambio concreto a realizar.
4. La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio.

De manera más detallada, Weakland y el equipo (1974) proponen un esquema de seis niveles en el que se describen dos puntos complementarios:

I. Introducción a la Modalidad de Tratamiento

Es trascendental definir cuál es el rol de la persona que está solicitando el servicio, tomando en cuenta que el paciente es quien reporta el síntoma, él mismo es el miembro del sistema más interesado en realizar un cambio y está dispuesto a realizarlo. Se informa el cómo se llevará a cabo el proceso terapéutico, es decir la fijación del marco de tratamiento entre los elementos son: la duración del tratamiento y las sesiones, diez sesiones con una hora de duración, lo cual ayuda a establecer una expectativa positiva del cambio terapéutico.

II. Indagar y Definir el Problema

Se requiere tener información clara, precisa y que sea en términos de conductas. Suele expresarse en aquello que las personas hacen o dicen cuando sucede el problema y cuando intentan afrontarlo (Fisch et al., 2003). Generalmente, se comienza con la pregunta *¿Cuál es el problema que lo trae aquí?* Con lo que se busca establecer el problema actual, el individuo podrá referir múltiples quejas, se le pregunta cuál es la más importante. Frecuentemente, las respuestas suelen ser adecuadas, pero en otros casos, la respuesta no es clara o concreta, por lo que se debe reformular la pregunta con tal de definir el punto clave para el tratamiento posterior. Es posible solicitar un ejemplo para obtener información concreta acerca de la conducta en cuestión (Fisch et al., 2003).

Los problemas que las personas llevan a la terapia es posible verlos desde cuatro componentes (Watzlawick et al., 1992). El primero es que el cliente expresa una inquietud sobre la conducta (acciones, pensamientos o emociones). Esta inquietud puede radicar sobre sí mismo o alguien más. El segundo es que la persona describe la conducta como inapropiada o angustiante para sí misma o para otros. El tercero es que el cliente reporta que se ha intentado modificar este comportamiento sin éxito alguno. Por último, el paciente o alguien más ha estado en la búsqueda de algún terapeuta para que le ayude a cambiar la situación por qué no se sienten capaces de llevarlo a cabo.

Después de realizar la definición clara del problema, el terapeuta continúa con la exploración de lo que ha hecho para resolver el problema, con énfasis en describir las cosas que han intentado y que no funcionaron. Esto permite determinar los siguientes pasos a tomar y cuáles evitar, a esto se le conoce un área conocida como “campo de minas” (Fisch et al., 2003).

III. *Estimar la Conducta que Mantiene el Problema*

La conducta problemática persiste únicamente al reforzarse repetidamente en el curso de la interacción entre personas involucradas y el cliente, son los intentos para

solucionar el problema. Parece ser, por sentido común e incuestionable y lo correcto tanto para la persona que solicita la atención como para los que intentan ayudar lo que mantiene y exacerba el mismo. Por lo que se vuelve indispensable obtener una comprensión concreta y específica de los intentos de solución utilizados para resolver dicha situación del momento presente, el impulso básico de estos (Fisch et al., 2003).

IV. Establecer Objetivos del Tratamiento

El establecer una meta accesible y mensurable actúa como una sugestión positiva para la ocurrencia del cambio en un tiempo determinado, establece un criterio para evaluar los resultados en el proceso terapéutico, tanto para el terapeuta como para el cliente. Es necesario elaborar objetivos claramente definidos en términos de conducta concretos y observables con tal de disminuir la incertidumbre o una negación posterior. Es posible realizar preguntas que permitan reconocer acciones que estén al alcance del cliente y con ello identificar el cambio mínimo.

De manera adicional, los objetivos deberán orientarse hacia el cambio mínimo con la pregunta: *“¿Cuál sería el mínimo cambio en su comportamiento que le indicaría que está realizando el paso para resolver el problema?”* A través de este cuestionamiento permite obtener objetivos lo suficientemente explícitos al problema. De acuerdo con Fisch y Schlanger (2002), cuando se define el cambio mínimo pero estratégico, éste puede producir cambios como una onda expansiva o efecto dominó en otras áreas.

Existen ocasiones en que los clientes pueden plantear objetivos ambiguos, muy generales o utópicos, en dichas instancias resulta efectivo plantear objetivos grandes e incluso más alejados a los originales. No es necesario entrar en disputa con el cliente, si se mantiene el objetivo vago, es posible discutirlo con un equipo terapéutico y el terapeuta en cuestión para asumir objetivos adecuados para el tratamiento.

Habrán momentos en los que se necesitan objetivos conductuales intermedios encaminados a que el cliente, se comporte de tal manera que logre definir un objetivo para el tratamiento. Aunque resulta conveniente mantener un objetivo ya definido para la segunda sesión, eventualmente no será posible por lo que puede resultar útil revisar el objetivo principal a lo largo del proceso terapéutico y añadir objetivos secundarios.

V. Selección y Realización de Intervenciones

Tras consolidar el cuadro conductual del problema y definir las conductas que se pueden establecer para alcanzar el objetivo seleccionado, el siguiente paso consiste en elegir las acciones que permitan y promuevan un cambio. En esta etapa, el terapeuta y el equipo terapéutico escogen la manera en la se interviene para lograr un cambio.

De acuerdo con Segal (1991), describe dos clases de directivas que un terapeuta podría utilizar al trabajar con un cliente. La primera es decirle al cliente que haga algo diferente. Dado que los clientes tienden a utilizar intentos de cambio de tipo 1 repetidamente, el terapeuta intentaría lograr que el cliente desista de su conducta actual, logra así un intento de cambio de tipo 2. La segunda clase de directivas según Segal (1991) consiste en que el cliente realice acciones que se caractericen por hacer más de lo mismo. Cuando un cliente responde a sugerencias directas con resistencia a la intervención, una forma de promover el cambio es pedirle que continúe con las acciones que realiza actualmente para tratar de resolver el problema. Si el cliente responde que no está llevando a cabo lo que le pide el terapeuta, entonces está haciendo algo diferente, es posible que pueda iniciar un cambio en el ciclo de conducta de mantenimiento del problema.

Esta fase es de las más discutidas ya que constituye la parte más larga, variada e inusual del tratamiento, son efectivas pues propone que el cliente se oponga a los intentos presentes de solución alejándose con un giro de 180° de dicha dirección. Por una parte,

Fisch y colaboradores (2003) describen patrones de mantenimiento del problema que se deben interrumpir titulados “intervenciones principales” y por otra parte detallan las “intervenciones generales”.

Intervenciones principales

Se identifican tras recoger datos suficientes y haberlos integrado en un plan de caso ajustado a las necesidades específicas, el lenguaje, las motivaciones y la visión del mundo de los clientes, además, se constituyen por ser la manera inadecuada de abordar las dificultades o bien por convertirse en un patrón de soluciones intentadas. Es importante aclarar que, a pesar de que los autores (Fisch et al., 2003) rotulen las “intervenciones principales”, en realidad no lo son, sino que consisten en dichos patrones sobre los que se debe intervenir y evitar que se cumpla el intento de solución. Se conforman por cinco pautas básicas:

- 1) El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo: Se busca intervenir el intento del paciente para superar el problema. Ya sea al provocar el síntoma, definiéndolo como beneficioso o incorporándolo a un ritual aversivo.
- 2) El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo: Estas dolencias son autorreferenciales y suelen haber quejas de estados de terror o ansiedad. La estrategia recae en que se den directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, pero con una ausencia de dominio o un dominio incompleto de ella.
- 3) El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición: Se busca quién solicite la ayuda que se coloque en una postura de debilidad y establecer consecuencias imprevisibles (sabotaje benévolo) para el otro o diciéndole que se encuentre en superioridad respecto al otro.

4) El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación: Esta solución es una imagen del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación y refleja una aversión o dificultad para pedirle a otro individuo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o sacrificio. Como si se tratase a ese individuo como frágil o incapaz de determinar su propio nivel de docilidad. La estrategia global consiste en lograr que la persona que solicita algo, lo haga directamente.

5) La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa: Suele haber alguien que sospecha qué otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, beber, delincuencia entre otros. Lo usual es que el sujeto "A" formule acusaciones acerca del sujeto "B" y que este responda mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa, la cual suele confirmar las sospechas de "A", quien continúa con sus acusaciones. "B" refuerza su defensa y así sucesivamente. La intervención debe ir encaminada a terminar con el juego en dónde una de las partes abandone su papel repetitivo, incluso es posible lograrlo entrevistando a solas con el defensor.

Intervenciones generales

Abarcan un área mayor que puede usarse en casi cualquier momento del proceso de tratamiento y son lo bastante amplias para utilizarse en un abanico diverso de problemas. Se comunica alguna postura general para preparar el terreno si es que es de utilidad. Son cuatro, a saber:

1) No apresurarse: Consiste en que el terapeuta como alguien que no busca obligar al paciente a que cambie. Se tienen que evitar elogios.

2) Peligros de una mejoría: Consiste en hacer que al consultante explicita las desventajas de solucionar su problema. Lo anterior puede hacer que se provoque un

cambio significativo e incluso llega a ser todo lo que necesita para solucionar la dolencia actual, particularmente cuando se trata de la ansiedad.

3) Cambio de dirección: Implica un cambio de directriz o de estrategia, al realizarlo, se ofrece al cliente una explicación de dicho cambio.

4) Cómo empeorar el problema: Cuando un cliente se ha resistido a sugerencias previas o se ha mostrado reacio a algo nuevo, se opta por utilizar esta intervención.

El Cambio. El objetivo de la terapia es producir cambios comportamentales, se aleja de la búsqueda del *insight*. La terapia bajo la perspectiva breve se guía por medio de una modificación comportamental que lleve a un cambio en el pensamiento. Durante el proceso, se prescriben cambios que lleven a nuevas interpretaciones de las situaciones donde el objetivo sea reetiquetar la conducta útil, aunque hay ocasiones en las que los clientes suelen interpretar su propio comportamiento o el de otros de manera que hace que continúe el problema. Lograr una redefinición del significado o las implicaciones atribuidas al comportamiento obtiene un efecto significativo sobre las actitudes, respuestas e interacciones.

Utilizar la Postura del Cliente. De acuerdo con Fisch y colaboradores (2003), los clientes poseen sus propios valores, creencias y prioridades que están fuertemente consolidados y que determinan el modo en que actuarán o no actuarán, a esto se le conoce como postura. Conocerla permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una alternativa, para que sea posible su aceptación.

Es importante distinguir que, dentro del modelo, se utilizan términos como *cliente* y *paciente*; un cliente es un individuo que quiere emprender acciones para resolver un problema que ha identificado y necesita apoyo para solucionarlo. Esto implica que se

encuentra profundamente interesado en el cambio y en encontrar el alivio de la dolencia, ya sea a uno mismo o a otro individuo (Weakland, 1999).

En cambio, el paciente es aquel que adopta una visión pesimista de la queja, se convierte en receptor pasivo de los consejos del terapeuta y considera que el proceso terapéutico requiere de debates interminables. Esta posición es acompañada de una visión para resolver el problema mediante la vía racional o sentido común o bien, mediante métodos mágicos.

Para lograr que el cliente abandone su propia solución y opte por un enfoque que puede ser alocado y peligroso constituye un factor decisivo realizar el proceso a la brevedad. La tarea del terapeuta consiste en influir sobre él para que afronte de un modo distinto su problema o dolencia mediante la evaluación de la postura (Fisch et al., 2003).

Conducta Orientada al Cambio. Uno de los objetivos principales es cambiar el comportamiento observable: lograr que las personas dejen de realizar acciones que mantienen el problema y que adopten otras que conduzcan a la meta del tratamiento. Las instrucciones conductuales suelen ser más efectivas cuando se enmarcan cuidadosamente y se transmiten de manera indirecta e implícitamente insignificantes (Weakland et al., 1974). Al solicitar el cambio es funcional sugerir el camino en lugar de ordenarlo. Si el cliente parece reacio, es necesario retroceder para poder pedir que haga algo en particular. Es posible iniciar con acciones pequeñas que representan el primero de una serie de pasos para lograr el cambio. Todas estas solicitudes se perfilan como asignaciones de “tarea” para llevar a cabo entre sesiones, en la vida real fuera de un consultorio.

Prescripción paradójica. Este tipo de instrucción consiste en prescribir un comportamiento que aparece en oposición a los objetivos que se buscan, para realmente

avanzar hacia ellos. Esto aparenta ser algo inverso a la búsqueda de recursos más “lógicos” que solo conducen a más problemas. Dichas indicaciones constituyen la *prescripción del síntoma*, una técnica que es utilizada para el estímulo aparente de un comportamiento sintomático o indeseable para disminuir o controlar dicha conducta; en caso de alentar el aumento del síntoma implica que existe cierto control sobre el problema y permite que el problema pueda convertirse en algo modificable

Otra manera de utilizar la prescripción paradójica es a través de la cantidad de sesiones. Comenzar con escepticismo el tratamiento y subsecuentemente ante una mejoría pronta del cliente, se vuelve necesario advertir los peligros de una mejoría como parte del uso de las intervenciones generales y con ello encontrar la manera en cómo podría empeorar el problema a través de la prescripción de la recaída. Estas advertencias aceleran los cambios, reducen la ansiedad e incrementan el requisito de hacer algo diferente y contradecir la preocupación que el terapeuta puede expresar.

Uso de la Influencia Interpersonal. Es sustancial considerar las relaciones interpersonales más amplias y los contextos en los que el cliente interactúa. Para ellos, es necesario tener en cuenta dos aspectos: Por una parte, aunque se mantenga una relación directa con el cliente identificado, el problema debe entenderse en términos de un sistema de interacción donde el comportamiento perpetúa el problema, que puede ser en el área familiar, círculos de amistad o ambiente laboral. Por lo tanto, cualquier intervención debe considerar las consecuencias que pueden emerger para otras personas involucradas. Por otra parte, el terapeuta y observadores conforman un sistema de relación que puede facilitar el tratamiento. A veces, el cliente puede prestar más atención a comentarios del equipo terapéutico que del mismo terapeuta; en estos casos, el equipo colabora adoptando una posición que promueva el cambio.

VI. Terminación del tratamiento

Tras haber cumplido los objetivos establecidos que se ven manifestados en la eliminación o reducción en un grado suficiente dicha dolencia y que ya no es necesario someterse al tratamiento, al menos en lo que respecta a la dolencia original, el cliente indica que su problema se ha resuelto o reporta insatisfacción.

El proceso puede concluir con el contrato de diez sesiones, esto permite generar de manera indirecta una expectativa de cambio, y tanto el cliente como el terapeuta comparten la responsabilidad de mejorar (Fisch et al., 2003). De acuerdo con Segal (1991), son tres los criterios que pueden determinar si el caso está listo para su conclusión: En primer lugar, ha habido un cambio pequeño pero significativo en el problema; en segundo lugar, el cambio tangible realizado parece ser algo que continuará; y, en tercer lugar, el cliente expresa que puede mantener el cambio sin la ayuda del terapeuta.

Es preferible concluir cuando el problema se resolvió, sin elogiar al cliente para no crear expectativas que puedan generar un temor por disgustar al terapeuta. Los méritos son para el cliente y no para el terapeuta, a pesar de los comentarios de agradecimiento, los resultados son satisfactorios gracias al cliente. Es relevante no apresurarse para reconocer que hay una mejoría clara, también es vital advertir que es posible empeorar, sin embargo, se debe mantener presente que puede ser un acontecimiento positivo y no un fracaso (Fisch et al., 2003).

El objetivo es reducir al mínimo la reaparición del problema, lo que hace que los pacientes se sientan lo menos preocupados por la finalización del tratamiento. Hay ocasiones en las que los pacientes buscan continuar, por lo que se sugiere dejar pasar un lapso de dos a tres semanas para que determine si es necesario retomar un nuevo proceso, el terapeuta puede aceptar o rechazar. El terapeuta no debe tomar una actitud

retadora, debe cerrar de manera afable para que el cliente pueda regresar (Fisch et al., 2003).

En caso de que el tratamiento termine sin que el problema haya sido resuelto, es importante que se busque la razón del por qué ha fracasado la estrategia. Es posible preguntarle al cliente e indagar: “¿Qué crees que se haya hecho o no para impedir la solución?” Puede hacer ver al cliente algunos obstáculos o redefinir la dolencia o bien, rechazarlo y aceptar un desafío más. El paciente puede manifestar insatisfacción y expresarlo, es indispensable no discutir, únicamente aceptar el deseo de poner fin y permitir que el cliente se decida con facilidad, con ello, puede finalizar todo aún sin resolver el problema, pero con satisfacción (Fisch et al., 2003).

2.2 Análisis y Discusión de los Temas que Guían el Caso Clínico

Se presenta el tópico que sustenta el trabajo realizado en uno de los casos clínicos de acuerdo con la Terapia Breve de Resolución de Problemas. Este modelo, al tener un enfoque no patológico y no normativo, es importante hacer la distinción que la ansiedad se puede presentar como un problema de relevancia en salud pública y es necesario atenderla de manera eficaz, tal como lo plantea el tratamiento.

2.2.1 Ansiedad

La etimología de esta palabra proviene del latín *anxietas* (Real Academia Española, 2014) que se define como una preocupación excesiva y expectativas que ocurren sobre una variedad de eventos o actividades, se presentan síntomas como inquietud, tensión, fatiga, dificultad para concentrarse, entre otras (American Psychiatric Association, 2013). El surgimiento de la psicología clínica a través del desarrollo de diversas teorías ha contribuido al avance y mantenimiento de esta delimitación conceptual. La ansiedad trae consigo diversas reacciones, tales como taquicardia,

sudoración y preocupación excesiva, sobresaltos, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño, de alimentación, entre otros (Barlow, 2002).

La ansiedad es un problema emocional caracterizado por la presencia de indicadores cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos que se ven reflejados en consecuencias negativas y de relevancia social, pues no permite la integración del individuo en las distintas áreas de su vida cotidiana (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013; Benitez y Caballero, 2017; Díaz y De la Iglesia, 2019; Lacunza y Contini, 2016; Vargas, 2014; Virues, 2005).

2.2.2 Prevalencia

En México, tras la declaración de la contingencia sanitaria por la enfermedad COVID-19, el Gobierno ha respondido con medidas de higiene para prevenir la propagación de dicha patología (Secretaría de Salud, 2022). La prevalencia de trastornos de ansiedad varía ante situaciones como esta, expertos en salud pública han señalado que las medidas de mitigación para prevenir el contagio pueden generar aumentos importantes en ansiedad, depresión y sentimientos de soledad (Galea et al., 2020).

La crisis sanitaria que esto representa se ha visto reflejada tanto en el aspecto económico como en lo social, derivando en cuidados excesivos, el fallecimiento de seres queridos, la pérdida de ingresos, la presión psicológica con consecuencias graves para la salud mental y por supuesto, la enfermedad misma. Los estudios de prevalencia más recientes en México reportan que la ansiedad es más frecuente en mujeres (34.9%) y adultos (35%), por lo que la ansiedad se mantuvo estadísticamente alta durante el año 2020 (Gaitán-Rossi et al., 2020).

2.2.3 La Ansiedad desde el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas

Para poder entender la ansiedad es necesario retomar el enfoque interaccional de la Terapia Breve (Wendel y Watzlawick, 2006). Esto es lo que hace diferente el modelo al resto de los demás en el área de psicología clínica. El enfoque de terapia breve se centra en el efecto que tenemos los seres humanos sobre los otros, es relevante ubicar el punto de vista de la comunicación. Particularmente, el grupo de Palo Alto no trabajaba desde una posición de desconocimiento de la psicología individual ni de posturas biológicas. Se pone el énfasis en la naturaleza de las relaciones y los contextos, tanto entre miembros del grupo íntimo de un cliente como entre el terapeuta y el cliente (Wendel y Watzlawick, 2006).

Es posible colocar a este malestar como un hecho psicológico que se encuentra bajo una causalidad circular. El concepto de retroalimentación, desde la epistemología cibernética, plantea que la información de un Hecho B afecta a Hecho A, que luego afecta a B y viceversa. En el caso de la ansiedad como patología es posible identificarla como una respuesta que recae en la concepción del proceso interaccional, es decir, el retorno de información para formar un lazo de control cerrado en un *loop* constante y en retroalimentación (Keeney, 1991). La información del retorno sobre las conductas que una persona puede realizar y lo hecho previamente, resulta en un proceso de aprendizaje. Tras definir esto, es importante definir que, a través del proceso de retroalimentación negativa, opera de tal manera que permite corregir una desviación en una dirección distinta (Keeney, 1991).

Es importante hacer énfasis en que la conducta de alguna manera tiene sentido en el contexto, sin embargo, en muchas áreas de enseñanza de psicología, particularmente de la salud mental, colocan a la ansiedad como algo que debe tratarse desde el modelo

médico e identifican la patología con un enfoque individual. El modelo de terapia breve hace hincapié en el sistema interaccional del que forma parte.

Promover el cambio es algo que el terapeuta debe entender al enfocar en el patrón de interacción, de tal forma que este patrón tenga que cambiar, ya que es posible asentar esto a través de la orientación no-patológica/no-normativa con el fin de un “buen funcionamiento” (Wendel y Watzlawick, 2006). Si la acción correctora dentro de dicho patrón resulta ineficiente y continúa la aplicación de “más de lo mismo”, eventualmente dará lugar al efecto indeseado (Watzlawick et., 1992). Es importante llegar al cambio deseado mediante la aplicación de lo contrario, de lo que produjo la desviación. Por ejemplo, llevar a cabo lo opuesto a las soluciones intentadas (cambio tipo 2).

La ansiedad se puede plantear desde esta perspectiva. Cuando el problema de la ansiedad llega a agravarse, ésta se vuelve más intensa, el principio de “más de lo mismo” no produce el cambio deseado, sino todo lo contrario, la solución contribuye en gran proporción a aumentar el problema, eventualmente en el mayor de los males. En algunos problemas humanos pueden continuar a un nivel constante de gravedad, muchos no permanecen igual durante mucho tiempo y pueden aumentar sino se alcanza la solución deseada o si es errónea y aún más si se sigue aplicando más esta solución equivocada (Watzlawick et al., 1992).

La ansiedad es un producto o resultado de seguir un patrón de enfrentamiento para resolver un problema donde el objetivo es evitar una situación estresante o temida. El modelo identifica dos maneras de abordar inadecuadamente las dificultades tras identificar las necesidades específicas, el lenguaje, motivaciones y visión del mundo de los clientes.

La primera forma es el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo, muchas acciones cotidianas se pueden convertir en el intento de forzar conductas que puedan generar hiperactivación del cuerpo, pensamientos y emociones (Fisch et al., 2003). Por ejemplo, una persona que quiere controlar un tic, entre más lo intente menos logrará dominarlo. Es posible ver más muestras de el intento de forzar algo en otras áreas tal como la función intestinal, urinaria, temblores, insomnio o tartamudeo.

La ansiedad en términos de interacción se perfila como el resultado de un mecanismo que intenta forzar algo que solo puede ocurrir de manera espontánea. La persona que reporta estas situaciones las puede definir dentro del espectro de la ansiedad y comenzar a abordarlas de manera errónea, por lo tanto, acentuar la problemática. Desde el enfoque interaccional, es importante identificar que la ansiedad se encuentra como consecuencia de las acciones de la solución y desde el modelo, se debe discernir de lo que reporta la persona para no caer en intentos de solución ineficientes.

Otro ejemplo recurrente es dentro de la interacción, bajo el contexto de una persona que reporta sentirse ansiosa a otra allegada a quién reporta, suele enunciar: “tranquilo” o “relájate”, esto último puede no beneficiar, sino que puede agravar los síntomas, lo que constituye la definición práctica de una de las maneras inadecuadas de abordar las dificultades.

La segunda forma es el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo también se posiciona como una acción común que da como resultado a la ansiedad, es decir, la acción de la solución produce este estado de malestar. Por ejemplo, una persona que debe resolver un examen buscará la manera de evitar enfrentarse a la situación temida lo que puede llevar a generar ansiedad. Cabe resaltar que no es lo mismo aplazar que evitar, sin embargo, es posible que una persona opte por evitar, que aplazar un evento temido o situación estresante (Fisch et al., 2003).

Los ejemplos que reportan los clientes en este patrón de intento de solución suelen presentarse como fobias, timidez, bloqueos en escritura, estudio u otras áreas creativas, hablar en público o temor a salir en escena. La persona que reporta dificultades en alguno de estos momentos comienza a especular sobre sí misma y experimenta una ansiedad constante de que algo podría hacerle daño, como si se encontrara en una situación altamente peligrosa, mortificante o humillante cuando a menudo se trate de una tarea que no implica dicho riesgo. Abordar de manera negativa este problema se puede agravar de tal modo que la persona puede generar aprehensión que confirme sus temores y sus cuestiones acerca de sí misma.

La ansiedad se posiciona como una respuesta ante el aplazamiento de algo que se teme, puede iniciar como una dificultad a pasar a convertirse en algo habitual bajo los mismos intentos de solución. El individuo, desde una perspectiva clínica, aplicará eventualmente a sí mismo dicho intento, previamente descrito, causante de su nerviosismo y quedará apto como paciente (Watzlawick et al., 1992). Esto podemos verlo también en las consecuencias que la ansiedad genera, tal como insomnio, que se mantiene como otra dificultad a la que muchas personas suelen responder forzándose a sí mismos a dormir, lo que paradójicamente hace que logren mantenerse aún más despiertos. Esta ejemplificación demuestra que, en ciertas circunstancias, pueden surgir problemas como el intento equivocado de cambiar una dificultad existente en cualquier ámbito del funcionamiento humano (Watzlawick et al., 1992).

La intervención desde el modelo del BTC radica desde las dos formas de afrontar inadecuadamente las dificultades como se mencionó previamente. En primer lugar, en el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo existe una estrategia global para resolver el problema que es mediante la interrupción del intento de solución para superar el problema (Fisch et al., 2003). Se ofrecen dos razones con sus respectivas

directrices para llegar a la solución. Los motivos son dos grandes maneras de abordarlo a través del reencuadre con la misma intervención.

Para entender el problema del paciente, la primera manera de abordarlo es mediante la generación del síntoma con el propósito del diagnóstico, es decir, para poder identificar el síntoma se debe recopilar una gran cantidad de información para llegar a la solución, por tanto, se comienza a prescribir el síntoma. La segunda manera se posiciona como un razonamiento en el que se le manifiesta al paciente que es esencial la aparición del malestar como el primer paso para comenzar a controlarlo, esto significa que el paciente pueda provocar a propósito el malestar, entre más lo pueda generar, más lo podrá controlar, así ya no aparecerá el síntoma (Fisch et al., 2003). Al final de cuentas, se produce lo que se le conoce como la prescripción del síntoma acompañada de estos reencuadres.

El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo o evitándolo es el más frecuente para fobias, timidez, bloqueos o ansiedad. El intento básico de solución del paciente consiste en estar listo para el evento a evitar, de modo que este pueda dominarse con antelación. La intervención de este problema se basa en la prescripción y reencuadre que expongan al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que exija una ausencia de dominio de esta, es decir que se le impida que la concluya con éxito (Fisch et al., 2003). La estrategia principal para intervenir en un problema como lo es la ansiedad se engloba en la prescripción del síntoma.

Es importante recordar que la intervención es la interrupción de los patrones que mantienen el problema, este trabajo se basa en la ansiedad como un problema a solucionar. La Terapia Breve del BTC se perfila como un modelo de intervención que permite producir cambios duraderos en los clientes y sus familias en pocas semanas a través del proceso terapéutico. La literatura muestra evidencia empírica del campo tras

analizar la efectividad de los tratamientos de corto plazo, es decir, diez sesiones en un lapso de seis meses aproximadamente (Kiskeri Aiguabella et al., 2018; Schlanger et al., 2019; Peñaherrera Aguirre, 2021). Esto ofrece la posibilidad de considerar este método de terapia como una herramienta útil para intervenir en la ansiedad.

Capítulo 3. Análisis de un Caso Clínico

3.1. Descripción del Caso

Durante la Residencia en Terapia Familiar correspondiente a la tercera generación del período 2021-1 al 2023-2 se realizó el proceso terapéutico de un caso clínico con base en el modelo terapéutico de la Terapia Breve del BTC, bajo la supervisión del Mtro. Pedro Vargas Avalos.

Desde la teoría de la comunicación humana, la Terapia Breve del BTC consiste en describir cómo los individuos se enganchan a secuencias repetitivas de conducta; para ello, el terapeuta busca interrumpir los caminos inefectivos que cada paciente ha experimentado para resolver un problema; asimismo, el terapeuta toma un papel más activo para determinar que ocurre dentro del caso y cómo debe intervenir (Fisch et al., 2003).

Para este capítulo, se presentarán las características del cliente a quién se atendió, el motivo de consulta, genograma, objetivos, intervenciones, avances y conclusiones relevantes que conforman el trabajo clínico. De acuerdo con la Sociedad Mexicana de Psicología (2010), los nombres de la participante en el caso se han modificado para mantener la confidencialidad.

Presentar este caso tiene por objetivo representar la función práctica de la Terapia Breve del BTC. El Terapeuta Breve busca un cambio tipo 2 para que el paciente pase de intentos de solución ineficientes y problemáticos a unos más útiles a corto plazo. El proceso requiere entender el lenguaje del paciente, su marco de referencia, las reestructuraciones y las intervenciones que busquen interrumpir los intentos de solución para resolver el problema (Reiter y Ray, 2014).

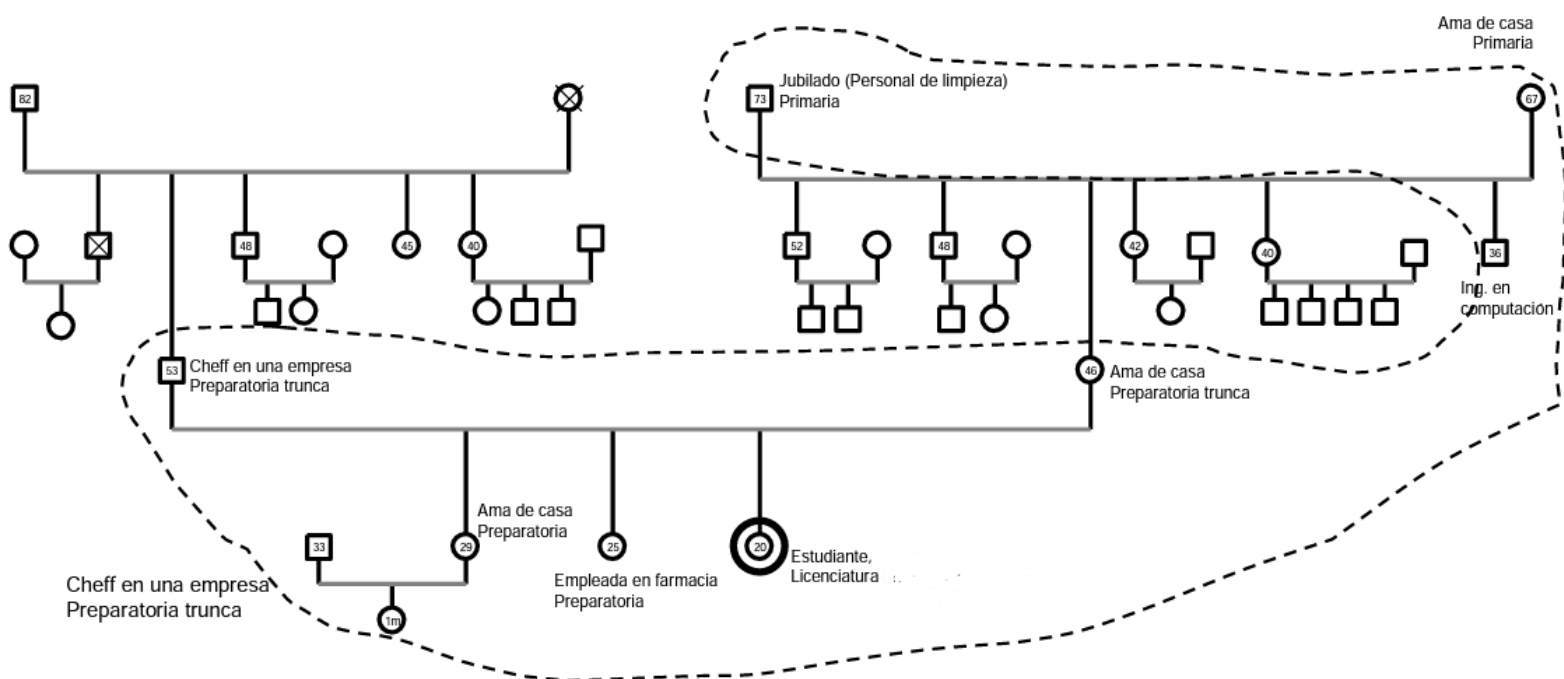
3.1.1 Caso “L”

“L”, como llamaremos a la cliente, fue atendida a través de la plataforma Zoom mediante videollamada por parte del COFIE durante el segundo semestre de la Residencia, la forma de participación fue en coterapia. Se requirió un total de nueve sesiones de 50 a 60 minutos y con una frecuencia de una sesión semanal, en la novena sesión fue el cierre del proceso a través del alta. Las sesiones fueron conducidas en coterapia y se trabajó en un formato de equipo terapéutico conformado por seis psicólogos que observaban el trabajo durante la reunión en línea y que participaban a través del chat de la plataforma con el fin de ofrecer una visión alternativa para coadyuvar en la descripción del caso durante la intersesión. Las sesiones fueron supervisadas directa e indirectamente.

3.1.2 Genograma

Figura 1

Genograma de “L”



3.1.3 Motivo de Consulta

L es una mujer de 20 años que estudia en el sexto semestre de una Licenciatura en el área de la salud. Como se puede apreciar en la Figura 1, ella reside en la casa de la familia de origen materna, donde vive con ambos padres, abuelos, un tío, dos hermanas mayores; la más grande está casada y tiene un hijo. Contacta con el servicio de atención psicológica porque requiere del apoyo para participar, es decir, responder preguntas abiertas que el profesor realiza para otorgar turnos y hablar en las clases teóricas; ella refiere sentir “pena” al momento de tener que hacerlo; a consecuencia, el rendimiento académico de L se ha visto perjudicado. La situación le preocupa, ya que es necesario mantener un buen promedio para poder elegir la sede clínica para realizar su servicio social en el año posterior de su carrera.

3.1.4 Objetivos Terapéuticos

En un inicio, la consultante solicita la atención por qué no puede participar en sus clases en línea, ya que refiere que siente “pena” al momento de tener que hacerlo, esto ha afectado su rendimiento académico. Una de sus principales preocupaciones es que ella necesita tener un buen promedio para poder elegir una sede clínica para servicio social. Por otro lado, ella identifica esta “pena” con “nerviosismo”, “calor” y “sudoración en las manos” asociado a su expresión oral durante sus actividades escolares, particularmente en el salón de clases en línea y presencial. Ella ha dejado de participar por un temor a ser señalada como “la que sabe” y prefiere no llamar la atención del resto del grupo. Por tanto, sus metas terapéuticas son las siguientes:

- Retomar sus participaciones en clase.
- Retomar el contacto social tras el regreso a las actividades escolares presenciales.
- Fortalecer sus exposiciones frente al grupo.

3.1.5 Antecedentes del Problema

Debido a las acciones tomadas por el gobierno derivadas de la pandemia mundial provocada por el virus del COVID-19 (Secretaría de Salud, 2022), L tomaba sus clases de manera virtual, razón que la orilló a no participar cuando hay la oportunidad durante la clase, para dar respuesta a preguntas que se formulan de modo abierto, es decir que no se dirigen en particular a algún alumno. Comenta que en ocasiones cuando decidía participar en estas preguntas, no se le daba el turno para hablar a pesar de que sus profesores le llamaban la atención por no hacerlo las veces suficientes, lo que genera desconfianza en seguir intentándolo.

3.1.6 Desarrollo de las sesiones

A continuación, se presenta una síntesis de lo realizado en cada una de las sesiones (Tabla 1).

Tabla 1

Desarrollo de las sesiones

Número de sesión	Fase del Proceso del Caso de L
1	Definición del Problema e Identificar Postura
2	Definición del Problema e Identificar Postura
3	Identificar Intentos de Solución y “venta de la tarea”
4	Intervención paradójica
5	Ajuste de intervención paradójica
6	Mantenimiento de las estrategias
7	Mantenimiento de las estrategias
8	Evaluación de los resultados
9	Conclusión del proceso terapéutico

3.2 Análisis y Discusión Teórico-Metodológica de la Intervención Clínica del Caso Elegido

En este apartado, se presenta el análisis conceptual del modelo de Terapia Breve del BTC entrelazado con los momentos que se desarrollaron a lo largo del caso clínico. Se presentan transcripciones de las sesiones en momentos clave del proceso, donde “T1” y “T2” son los terapeutas y “C” es la cliente. Además, se presenta un subrayado en el texto de la transcripción que corresponde a un indicador que ayude a la identificación de elementos referidos, este subrayado se puede encontrar dentro de las respuestas de la cliente, así como de preguntas de los terapeutas.

3.2.1 El Caso de L desde la Teoría de la Formulación del Problema del BTC

L está contextualizada dentro de un sistema de interacción humana en donde todos los miembros que forman parte de él influyen uno con el otro. L ha abordado su situación que ha generado un problema en un contexto específico. Además, es posible identificar un estado de malestar dado por un mal manejo de las dificultades.

El modelo se adhiere a una visión no patológica de la conducta (Reiter y Ray, 2014). En el caso de L, la situación comentada no se aborda desde una postura psicopatológica en la que se tengan que definir los síntomas y abordarlos directamente o bien encontrar el *insight*, tal como se plantean en otros enfoques (Keeney, 1991). Una vez que el problema concreto se ha articulado, el terapeuta se encargará de preguntar sobre qué es lo que se ha hecho para resolver la situación e interrumpir los intentos inefectivos de solución y sin la necesidad de identificar el origen de este.

Una de las premisas principales del modelo radica en que los problemas no son la consecuencia de alguna psicopatología, más bien se busca el mal manejo de las dificultades y cómo es que están relacionadas las personas entre sí. Ella ha buscado lidiar

con la situación de la pena o nerviosismo al momento de participar en clases a través de intentos de solución del cambio 1 (Reiter y Ray, 2014).

De acuerdo con Watzlawick y colaboradores (1992), un subcomponente de los problemas es que son repetitivos, por lo que las personas suelen persistir con estrategias de cambio de tipo 1, lo que lleva a realizar cambios de tipo 2. Es importante iniciar con el entendimiento claro de la dolencia que el cliente comparte para posteriormente comenzar una planificación del caso.

3.2.2 Definición del Problema

De acuerdo con Watzlawick y colaboradores (1992), los problemas que las personas llevan a la terapia se pueden apreciar desde dos componentes. Éstos pueden verse desde el caso de L, donde el primero es donde ella expresa una inquietud sobre la conducta que ella misma lleva a cabo. El segundo es que L describe este comportamiento como algo indeseable o inapropiado para ella misma.

La planeación comienza con el establecimiento del problema del cliente. Tras la pregunta: “¿Para ti cuál es el problema que te trajo aquí hoy?” es posible identificar una declaración de la situación que vive L.

T1: Bueno, nos gusta iniciar con esta pregunta {...} ¿Para ti cuál es el problema que te trajo aquí hoy?

C: Pues es que, tengo varios. Uno es el de que desde la pandemia me he vuelto muy nerviosa, cómo que me preguntan algo y me pongo muy nerviosa. Cuando tengo que participar también es de que, no quiero participar porque me da mucha pena hablar. De hecho, ahorita tengo pena, bueno ahorita no tanto. Pero cuando estoy en grupo, me da mucha pena, me trabo y no me gusta.

T1: Ok, ¿Sería ese tu problema?

C: Ese y que no he podido controlar bien la ira y me enoja mucho por cosas siento tontas y pues eso básicamente.

T1: Dices cómo que hay varios ¿hay algo más?

C: Eso y pues creo que ya, por el momento es lo que recuerdo”

Cuando la dolencia es vaga, el terapeuta debe aclararla antes de seguir avanzando (Fisch et al., 2003). Se indaga más al respecto y la cliente ha expresado preocupación de mejorar calificación basada en participaciones orales de las materias cuando el profesor realiza una pregunta de manera abierta. Gracias a que la cliente se encuentra en una regla estructural en donde la autoridad de los profesores se ejerce a través de la asignación de calificaciones con la participación en clase, esto la conlleva a colocarse en una posición de responsabilidad, buscando asegurar buenos resultados de su promedio escolar

Ella sostiene que la importancia de obtener un buen puntaje, le permitiría escoger prioritariamente una sede clínica para realizar el servicio social que es un requisito para finalizar sus estudios de grado. De acuerdo con el modelo, el problema es lo que cliente dice que quiere resolver (Reiter y Ray, 2014). L ha solicitado la atención porque está preocupada, ya que sus calificaciones han disminuido debido a la falta de participación en clase y se encuentra dispuesta a tomar acciones para solucionar la situación.

Tras la declaración por parte de autoridades universitarias para llamar al alumnado al regreso a las clases presenciales (Universidad Nacional Autónoma de México, 2022), se suman diversas situaciones como la interacción social con sus compañeros, así como la presentación de exposiciones frente a su grupo escolar como tareas que le asignaban sus profesores y resolver cuestionarios didácticos durante la clase. En medida de que L se le presentaban momentos en los que tenía que participar o mostrarse en clase, imaginaba alguna situación por la cual la vieran como “débil” o que alguien la vulnerara de manera verbal sin que ella se enterara, es así como incrementaba su demanda por

expresarse en la clase, pero sin la necesidad llegar a ser “el centro de atención” pero con buenas calificaciones.

La situación presentada por L, la importancia de sus calificaciones, el contexto escolar virtual o presencial y las metas que ella pretende alcanzar, pueden presentarse como una dificultad que ella debe enfrentar en su día a día. Existen diversas dificultades a lo largo de la vida, donde ir a la escuela de manera presencial puede liderar un problema (Fisch et al., 2003; Watzlawick et al., 1992). No todas las transiciones se convierten en problema, sino que las personas suelen lidiar con ellas de manera adecuada. Se necesitan dos condiciones para que las dificultades se conviertan en un problema; la primera es que se haga un mal manejo de ellas, la segunda es que dos o más personas repetidamente se lleven a cabo intentos de solución que lleven a “más de lo mismo”, lo que escalará la dificultad original a un círculo vicioso sin fin (Reiter y Ray, 2014).

En L, la dificultad comenzó con la pandemia; evitar el malestar sobre diversas situaciones tal como la participación en preguntas abiertas en clase, la convivencia con sus compañeros, sus exposiciones teóricas o bien, obtener un lugar en el un podio de un cuestionario didáctico la lleva a enfrentar una dificultad convertida en un problema mediante los intentos de solución típicos para liquidarlo.

En el problema presentado predomina la evitación y el aplazamiento, estos elementos se caracterizan por ser el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo (Fisch et al., 2003; Watzlawick et al., 1992). En el marco de referencia de L ella lo identifica con los síntomas mencionados tales como la sensación de calor, sudoración y temblores en las manos; bajo el estándar del modelo se vuelve necesario atravesar el miedo que ella reporta mediante acciones que se encuentren en un nivel más alto y rompa el esquema típico del hacer más de lo mismo.

Aunque L se pregunte qué fue lo que ocurrió originalmente para que dejara de responder preguntas abiertas en sus clases por “pena”, esto no es precisamente relevante (Watzlawick et al., 1992). Lo que realmente interesa es el “cómo” de las interacciones ocurrieron después de la dificultad, es decir, cuáles son los intentos de solución que han mantenido el problema (Reiter y Ray, 2014). Llegar a una explicación no es el objetivo del proceso terapéutico, sino la resolución del problema a partir del uso de la postura de L, entender su contexto y patrones repetitivos de comportamientos que ella busca romper.

Durante la sesión uno y dos, se realizó la definición del problema y dado que el problema se mantiene gracias a los esfuerzos del cliente, es necesario identificar los intentos de solución, este proceso se realizó en conjunto para entender cuál es el impulso básico de los diversos esfuerzos realizados (Fisch et al., 2003).

3.2.3 Intentos de Solución

El problema se mantiene inadvertidamente perpetuado por los esfuerzos de resolverlo, es decir, el problema no es el problema *per se*, sino que radica en los intentos de solución e interrumpirlos promueve que el problema se resuelva por sí mismo (Fisch et al., 2003).

El problema presentado por la cliente cuenta con múltiples intentos de solución para resolverlo, han sido llevados a cabo sin éxito y finalmente es ella quién recurrió a la búsqueda para cambiar la situación que vive pues ya no se siente capaz de hacerlo, dentro del contexto escolar tanto en línea como presencial. En el contexto presencial, es posible involucrar las relaciones sociales y las actividades escolares tal como las exposiciones teóricas como parte de la dolencia. Tras haber realizado la definición del problema, se le solicita a L entre las sesiones dos y tres a qué identifique qué es lo que ha hecho para resolver el problema.

T1: (...) Necesitamos que nos hagas una pequeña lista, que hagas un recuento de todo lo que has intentado para que esto no pase {...} seguramente has tratado de controlarlo, seguramente has tratado de cambiar esto, seguramente has buscado algún tipo de ayuda, entonces sí quisiera que me hagas una lista de todo lo que has intentado, o sea todo lo que se ha hecho antes de venir al psicólogo {...}. Entonces, sí tiene que ser así {...} entonces te encargo eso para la próxima vez y no nos vamos a apresurar para preparar algo para esta ocasión que tienes que exponer {...}.

C: Ok, sí."

L emprendió intentos de solución que, desde su punto de vista, parecen ser las mejores alternativas para sobrellevar el problema.

T2: Te habíamos pedido que hicieras una pequeña lista, que hicieras el recuento de todo lo que has intentado para que esto que acabamos de asentar, que bueno, ya hemos platicado {...} todo eso que has intentado antes de venir con nosotros ¿no?

C: Ajam, sí

T2: {...} ¿Cómo te fue?

C: Ah pues, si fueron bastantes.

T2: Ajam

C: Por ejemplo, compré la plastilina Play-Doh, la compré el año pasado y la usaba como para quitarme los nervios y pasársela entre las manos, pero no funcionó. También el uso de velas aromáticas para la relajación, pero tampoco funcionó. También soy mucho de mandarle lo que voy a decir a un compañero, que es como muy mi amigo y decirle cómo "¿Cómo ves que diga esto?" y ya como que él me apoya: "Sí, dilo, tú participa" y ya pues participo {...} y ya también al principio como que tapaba las personas que estaban en la computadora como se ven los cuadritos ponía como una hojita para que no los viera. También intentar como las respiraciones, como inhalar, exhalar, pero a veces si me funciona cuando tengo que exponer, pero cuando tengo que participar no. También, el dibujar en un papelito, rayas o lo que sea en círculos igual a veces funciona y también me sirve el participar en cosas simples, cuando los profes preguntan {...} "¿Cómo estamos?" cosas así muy equis, no son como participaciones como tal, son solo como hablar. También el tomar té entre clases para igual relajarme y el tomar bebidas muy frías."

En resumen, los intentos de solución que ejecutó son: estrujar plastilina, prender velas aromáticas, compartir su participación con algún compañero, ocultar a sus compañeros con hojas para no verlos a través de la pantalla de la computadora, realizar ejercicios de respiración, dibujar rayas y círculos en algún cuaderno, tomar té entre clases o bebidas frías y dar respuestas cortas a preguntas sencillas que no cuentan para su calificación.

Desde una edad temprana, se suele enseñar que existen soluciones estándar para situaciones definidas (Fisch et al., 2003), en L han dejado de funcionar. Ella ha aprendido que es necesario “quitarse los nervios” y “relajarse” mediante conductas que sean agradables para evitar el malestar de dicha “pena” o “nervios” manifestada en las esferas emocional, fisiológica y cognitiva. Los intentos que ha llevado a cabo proveen un bucle de retroalimentación positiva, mientras ella intenta relajarse lo mayor posible para participar en clase, menos podrá participar. Así es como se convierte en una paradoja en la que se realiza más de lo mismo, pero no se produce el cambio deseado y produce el efecto contrario (Watzlawick et al., 1992).

Decidir qué se debe evitar o “campo minado”

Como parte de la planeación, es importante establecer lo que se debe de apartar, también se le llama “campo minado” (Fisch et al., 2003). Una vez que se conoce lo que hay que evitar, el terapeuta no debe colaborar con el mantenimiento del problema del cliente. Gracias a que se conoce lo que se debe prevenir, es posible suministrar una formulación más apropiada para cada caso.

De manera directa, el impulso de los intentos de solución es el “campo minado”. La mayoría de los esfuerzos de resolver el problema en este caso tienen como tema la relajación que se debe de alcanzar para que sea posible participar en clase respondiendo

preguntas abiertas. Además, algunos de los esfuerzos se caracterizan por evitar la exposición en público para no tener que mostrarse ante el grupo. En consecuencia, no se buscó realizar una intervención que coloque al cliente con otras técnicas de relajación o estrategias que le permitan evitar la exposición al público porque la posibilidad de caer en más de lo mismo puede aumentar. Tras establecer la definición del problema en conjunto con los intentos de solución, fue posible la evaluación de la postura de la cliente.

3.2.4 Postura

Es posible identificar a L como una cliente, ya que localiza un problema en ella misma y quiere llevar a cabo acciones para reducir o eliminarlo ya que sus esfuerzos no han tenido éxito. La terapia generalmente se lleva a cabo con una sola parte del sistema (Fisch et al., 2003). Debido a que el motivo de consulta de L es por un problema individual y es ella quién pretende resolver el problema que no involucra a algún miembro de su sistema familiar, únicamente es necesario que sea ella quién se presente a las sesiones.

A través de la evaluación de la postura de L, fue posible identificar palabras concretas que emplea, tono de voz y el énfasis con el que se expresa en relación con su dolencia, el tratamiento e incluso con el proceso terapéutico. El objetivo de conocer la postura es el de evitar resistencias y lograr una colaboración con el cliente.

Desde el modelo, lo que ocurre en L no es necesariamente causado por algún problema profundo dentro de su familia o alguna interferencia significativa dentro del contexto escolar. L ha intentado hacer lo mejor posible para mantener una calificación que para ella debe ser mayor a nueve, sin embargo, ella cae en acciones y expresiones que perpetúan la dificultad inicial de hablar en clase. L ha reportado este problema como sentir “muchacha pena” al momento de participar en clase y que ella es “muy nerviosa”, describe esto con emociones tales como la ira, enojo. Por otro lado, reporta sensaciones

fisiológicas como “sudor en las manos”, “se agitó mi corazón” y “sentir un calorcito”. Además de que suele recurrir a un pensamiento recurrente visto como una “película” que le permite previsualizar los eventos que ella teme. Es relevante identificar las expresiones que ella utiliza de la mano con las acciones para poder utilizarlo durante el proceso (Schlanger, 2019).

La postura del cliente acompaña la definición del problema, en L existen más opiniones a lo que respecta su situación y el proceso terapéutico. Desde un inicio, ella dejó claro que las calificaciones son lo más importante para ella, ya que eso es lo que va a definir su futuro próximo en la Licenciatura que cursa. La evaluación escolar se mide en una escala del cinco al diez, el cual el diez es la máxima puntuación. No debe ser menor a nueve puesto que ella pretende aprobar sus materias con este puntaje mínimo ya que ella “no es de ochos”. Ella agrega que una calificación baja constituye una inquietud importante para el desarrollo del problema.

“T1: Ahí es donde queremos entender un poquito eso que está en juego, porque cuando nos dimos cuenta que tu calificación no estaba tanto en juego como que ya no te sientes tan mal, pero si tu calificación está en juego ya te sientes más mal, y sí, ya vi ahorita cuando dijiste pues el efecto o la implicación que tiene tener una buena respuesta, pero hay otro momento ahí {...} que es ese valor que tiene para ti no tener ocho ¿no?, no tener menos de nueve ¿no?, pero independientemente del asunto de la elección {...} pero pues para otros está bien que saquen ocho pero yo nueve, yo no.

C: Ajá, yo no.”

A pesar de que las calificaciones escolares son la prioridad dentro de su proceso terapéutico, ella no busca el reconocimiento por ser “la más inteligente” dentro de su grupo, es decir, no le gusta ser el centro de atención o que la reconozcan por dicho atributo o por algún otro factor. L plantea la posibilidad de no ser vista por su grupo como alguien que sabe mucho y que se convierta en un punto de referencia del profesorado.

Como se menciona previamente, entre las sesiones cuatro y cinco L regresa a clases presenciales, sin embargo, el problema se mantiene e incluso se busca abordar de qué manera ella va a lidiar con una nueva rutina después de dos años de clases en línea. Esto podría ser beneficioso para el proceso, por lo que se trabaja bajo dicha modificación y se mantiene como cliente. Tras el regreso a la presencialidad, L se enfrentó a la situación de conocer a personas de su Licenciatura, esto le permitió un apoyo para enfrentar el problema, sin embargo, no lo resuelve en su totalidad.

Un factor importante es la visión que ella tiene acerca del resultado de la terapia ya que no había estado en algún proceso de atención psicológica previo. Algunas personas suelen poseer una posición pesimista sobre un resultado exitoso de la terapia, mientras que otras se mantienen con esperanza (Fisch et al., 2003) por tanto, es probable que ella se mantenga optimista ante el proceso. El problema por el cuál asiste a las sesiones es algo que ella identifica como pasajero y que no compromete otros aspectos importantes de su vida, no obstante toma relevancia la situación planteada ya que encuentra una preocupación a través de sus calificaciones escolares.

Tras identificar a L como cliente, ella realiza un compromiso voluntario de respuesta mutua con el terapeuta, marcar esta diferencia es importante ya que permite utilizar la postura para reducir la resistencia a las intervenciones y conformar la venta de la tarea (Fisch et al., 2009; Reiter y Ray, 2014). Establecer las metas alcanzables permite que L se involucre a pensar en algún cambio pequeño que indique que ella esté en la dirección correcta. Es importante resaltar cuáles fueron los intentos de solución, el establecimiento de un cambio mínimo y las intervenciones del proceso en relación con el modelo.

3.2.5 Establecimiento del Cambio Mínimo

Una vez que el problema está definido y se indagaron los intentos de solución, es necesario establecer un cambio mínimo, que será el objetivo por alcanzar dentro del tratamiento. Para poder llegar al cambio mínimo se utilizó una pregunta de fórmula (Fisch et al., 2003) a modo de una tarea que asignó al finalizar la sesión uno.

"T1: Si la terapia comenzará a funcionar {...} ¿Qué crees que te haría pensar o {...} tendría que pasar en ese día, en ese cotidiano que vives sobre todo cuando te señalan?

P: Ujum

T1: Qué tendría que pasar para que tú pensaras "Bueno como que sí me está sirviendo la terapia". {...} Para ti la primera señal de que, si te está sirviendo la terapia {...}.

P: ¡Ah, okey!"

Durante la sesión dos, se preguntó acerca de la tarea, se espera que dé una respuesta concreta, un cambio mínimo que fuera trabajable y observable en relación con su queja inicial.

"T1: ¿Recuerdas la tarea que hablamos la semana pasada?

C: Sí era sobre {...} cómo voy a saber si la terapia me está ayudando y bueno, pues yo en lo personal creo que me va a ayudar {...} cuando tenga confianza en mí y pues no dude de mis conocimientos, de lo que sé y no titubee y tampoco me concentre tanto en pensar qué mis compañeros se van a burlar de lo que yo diga.

T2: Esto, en un contexto de tus clases, ¿no es así?

C: Sí."

La cliente comenta que cuando tenga confianza en ella misma al dar una respuesta a las preguntas abiertas del profesor, sin dudar de su conocimiento sobre el tema teórico de la clase, además de no pensar en cómo es que sus compañeros pueden burlarse cuando ella no conozca alguna respuesta, es donde ella identificará que la terapia funciona.

El cambio mínimo consistió en que ella participara con respuestas a preguntas abiertas de los profesores en sus clases teóricas sin el malestar de la “pena” o de “nervios”. En el caso de L, fue posible identificar una ola expansiva o efecto dominó tras el establecimiento del cambio mínimo (Fisch y Schlanger, 2002), pueden verse en acciones tales como retomar las relaciones sociales durante el regreso a clases presenciales o bien cumplir con sus obligaciones escolares como una exposición de un tema frente al grupo.

3.2.6 Planeación del Caso

Formular un enfoque estratégico

Tras haber conseguido la descripción clara del problema, explorar los intentos de solución, evaluar la postura del cliente y determinar un cambio mínimo, se realizó la planeación adecuada al caso de L. Además, gracias al apoyo del análisis del lenguaje e identificar el marco de referencia, fue posible establecer las metas terapéuticas y la venta del proceso para llegar a llevar a cabo las intervenciones necesarias tal como lo plantea el modelo (Fisch et al., 2003; Reiter y Ray, 2014; Segal, 1991). Por lo que el siguiente paso es formular un enfoque estratégico que pretende determinar las acciones que se opongan al impulso básico del cliente (Fisch et al., 2003).

Durante las primeras dos sesiones se dedicó el tiempo a entender el marco de referencia de la cliente, ella refiere que si su calificación está en riesgo por falta de participación es donde aparece el malestar, además de destacar que ella es una persona que no suele sacar calificaciones que oscilen el ocho o menos de nueve, pero a ella le importa no bajar del nueve, por lo tanto, no se le pidió a L exponerse a una situación que implicara un riesgo de bajar sus calificaciones. Por lo tanto, se formularon estrategias adecuadas al contexto de L.

El Tema Terapéutico en el caso de L, es posible apreciarlo gracias a las acciones que utiliza donde predomina la evitación. Todos los esfuerzos que son aparentemente diferentes caen dentro de esta categoría debido a la “pena” que siente. Esta situación hace que no le permita realizar sus actividades escolares como a ella le gustaría.

La vía para poder intervenir en la situación presentada por la cliente es a través de este giro de 180° sobre el Tema Terapéutico que permitiera que L desistiera de las soluciones intentadas para calmar la pena o el nerviosismo para poder participar en clase. Las estrategias elegidas se diseñaron con base en sugerencias paradójicas que más adelante se detallarán.

Formular tácticas concretas

Con el fin de incorporar una inversión en el proceso de la cliente, fue importante el uso de la postura y conocer su vida cotidiana. Se le planteó en la sesión tres una metáfora en la que ella pareciera que se encuentra en una “película” donde ella se imagina a sus compañeros juzgándola por sus errores. Con los intentos de solución basados en alejarse de la situación temida, se comienza a formular acciones que le permitan a L integrar a su vida diaria.

T1: Seguramente, o es muy posible, que cuando esto se da de una manera muy intensa: eso de que te pones a temblar, sudar {...}. Eso que pasa en tu cabeza, eso que te hace que te de pena, pues yo creo que es algo más que veas a tus compañeros, {...} o sea, hay algo más que pasa en tu cabeza, y tenemos la duda todavía de qué es eso, y quiero preguntarte así: ¿te imaginas como una película de algo así terrible que pasa?

C: Mmmm, pues sí, {...} me imagino a mis compañeros en un salón de clases, o como mandándose mensajes diciendo "ay, ya se equivocó" {...}.

T1: Pero así mensajes que sean muy {...} de juzgar de manera negativa.

C: Ah, pues... sí. {...} como "ay, se equivocó en algo básico",

T1: Ah, como de "cualquiera sabe eso y ella no sabe", ¿no?

C: Ajá, sí, exacto.”

Con el apoyo de esta metáfora, fue posible comenzar con la incorporación de una intervención concreta que permita el apartarse de las soluciones intentadas de la cliente. Por lo que se procedió a la integración de una acción que sea conveniente de acuerdo con la cotidianidad de L en sus clases teóricas. De modo que, durante la sesión tres se le sugirió levantar la mano lo más rápido posible cuando un profesor preguntara por la respuesta, aunque ella no la conociera con tal de exponerla a una situación temida para que llegue a preguntarse ella misma si evita la situación o fue porque el terapeuta se lo solicitó.

T1: Para darte un ejemplo {...} cuando vayas a participar o sea porque como que levantas la mano ¿no?

C: Ujum...

T1: Y levantes la mano lo más pronto que puedas, aunque no sepas la respuesta.

C: Mmmm... okey.

T1: La verdad es que yo pienso que sí la sabes, pero tu piensas que no la sabes. No sé si me explico.

C: Sí.

T1: O sea tú eres una alumna que sí tiene conocimiento. Que sí sabe muchas cosas y es probable que lo que pregunten sí lo sepas porque bueno también es que sí leas ¿no? y que sí estudies en la casa ¿no?

C: Sí.”

Un factor importante para considerar es que se le solicita a la cliente que piense en algo que podría ser “extraño” de manera que ella encuentre una apertura para la solución de su problema y comience el abandono de los intentos de solución. En la misma sesión tres, L aporta, como una sugerencia, que también puede participar enunciando una respuesta incorrecta, no obstante, de acuerdo con su marco de referencia, L no debe de bajar de calificaciones, por lo que se le sugiere que ofrezca 80% de la respuesta correcta

con 10 a 20% de margen de error. Esto puede apoyar el comienzo de la venta del proceso o venta de la tarea (Fisch et al., 2003).

Encuadrar la sugerencia en un contexto: “vender la tarea”

Gracias a que se enmarcó y definió el marco de referencia de L, fue posible establecer la línea directriz para el tratamiento breve de la cliente. Una vez que se sabe que L es una estudiante que busca mejorar sus calificaciones a través de la respuesta de preguntas abiertas realizadas por el profesor en un contexto virtual como presencial, es importante destacar que las estrategias pueden ser riesgosas para ella y su promedio escolar. A pesar de todo, ella asiente y se muestra dispuesta para colaborar con acciones para resolver el problema. Se utiliza la metáfora de la película puesto que es algo que cobra relevancia para entender lo que vive.

“T1: Porque {...} has tenido muchos intentos, muchas formas, muchas estrategias diferentes, ¿no?, y creemos que en todas ellas has tratado de controlar algo, a nivel como de acciones, pues esto de tomar, esto de *juguetear con sus manos* con tus manos jugar la plastilina, o esto de poner tu atención en otra persona para que te apoye, como que esta serie de cosas las haces para alejarte de lo que pasa por tu cabeza.

C: Mju.

T1: Porque incluso cuando no está pasando en tu cabeza respondes así rápido, {...} pues ya no te dio tiempo de hacer la película, ¿no?

C: Ajá, sí.

T1: Pero lo difícil es que dejes de hacer la película, o sea, que dejes de hacer eso que sabes que va a pasar, porque las consecuencias que dices pues son factibles, ¿no?, eso puede pasar efectivamente pero ahora, pues sí, todo el tiempo están ahí conectados en la red, ¿no?, están todos ahí mandando mensajes y, este..., pues hasta te sacan video, ¿no?, para que la conozcan, ¿no?, "esa fue". Entonces, y es parte de, como que la red propicia a que incluso seas motivo hasta para hacer una publicación, ¿no?

C: Mju.

T1: Entonces, pues todo eso está ahí, todo eso es lo que está pasando ahí. Y entonces tu manera de enfrentar la situación ha sido, y es curioso, {...} por eso te pido que lo pienses, que es hacer esta película, que en lugar de servirte para hacer las cosas bien, lo que hace es bloquearte.

C: Ujum...

T1: Te bloquea totalmente esta esta película que haces en tu cabeza ¿no?

C: Sí”

Una vez que es posible la “venta de la tarea” (Fisch et al., 2003), es posible continuar con la formulación de objetivos y la evaluación del resultado. Son estos los dos últimos pasos en la planeación del caso que van a desembocar en las intervenciones que se utilizaron en el proceso y finalmente en el cierre del proceso.

Formular objetivos y evaluar el resultado

El objetivo general es solucionar la dolencia de L por medio de obtener un cambio de tipo 2 enfocado en implementar estas modificaciones a un nivel lógico superior gracias a que es posible determinar que el patrón recursivo de L le permite evitar una situación temida que es responder preguntas abiertas cuando el profesor las realiza, exponer un tema teórico frente al grupo y responder un cuestionario didáctico durante la clase que reconoce a los primeros lugares. La diversidad de contextos en los que el problema permea es importante retomar la queja inicial para determinar el éxito del tratamiento.

Para evaluar el resultado se convertirá en la declaración de L para determinar que está satisfecha con su resultado gracias a que la evaluación de la conducta que le aquejaba inicialmente ya no la considere como un problema y es posible que el comportamiento perturbado cambie. Para comprobar que el problema se solucionó se tomará como base significativa que L informe que ha sido capaz de realizar actos como: participar con la respuesta de preguntas abiertas, colocarse como ganadora del cuestionario didáctico, pero sin llamar la atención de sus compañeros y llevar a cabo su

exposición sin inconvenientes referentes a la “pena” y “nerviosismo” que se acompañan de sudoración, calor y temblores que reportó desde un inicio. Este punto se detallará más adelante en el segmento del fin de la terapia.

3.2.7 Intervenciones

Gracias a que la terapia breve busca influir en la cliente de modo que la dolencia original se resuelva, es posible acercarse mediante acciones que el terapeuta debe tomar para provocar los cambios necesarios que serán a través de intervenciones para L (Fisch et al., 2003; Reiter y Ray, 2014; Segal, 1991). Si bien el modelo plantea que nunca se deja de intervenir (Fisch et al., 2003), en este apartado se exponen aquellas herramientas planificadas para llevar a cabo la estrategia del tratamiento. Se detallarán las intervenciones que se llevaron a cabo durante el proceso de L.

En este caso, el tema principal de las soluciones intentadas es “El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo” (Fisch et al., 2003). Para este tipo de tema de soluciones intentadas, la estrategia recae en que se den directrices y explicaciones que expongan a la cliente al evento temido, pero con una ausencia de dominio o un dominio incompleto de ella. Durante la sesión tres se le pidió a manera de tarea para la siguiente sesión, que pudiera fijarse en qué puede introducir como un cambio en la secuencia del problema, pero sin darle la indicación de que lleve a cabo alguna acción.

“T1: {...} Así es como nos hemos dado cuenta de que funciona este caso particular o este tipo de situaciones como en las que tú te has metido, o sea, de alguna manera te has metido porque es hacerte la imagen, estar haciendo esto, y ya llega el punto en que eres tan buena que lo haces muy rápido y lo haces muy bien, porque luego {...} ya estás temblando, estás sudando y de volada, ya como que ya estás en eso ¿no?

C: Sí.

T1: Entonces, romperlo tiene que ser algo como extraño, tiene que ser algo muy diferente para que se pueda romper.

C: *Asiente*

T1: {...} Te dejamos de tarea eso, tienes que encontrar qué sería algo que pudieras hacer que fuese totalmente diferente a esto que siempre haces, que es poner tu película, hacerla muy mala, {...} que sea muy rara, muy extraña como para que tenga el efecto.

C: Ok, sí está bien."

Esta propuesta permite que anime a la cliente a modificar su forma habitual de manejar la situación con libertad de probar cualquier cosa. La indicación es una forma de ir con lentitud, en caso de que L comience a actuar por iniciativa propia quiere decir que lo hará bajo mérito propio. Esta tarea forma parte del catálogo de tareas genéricas propias del modelo y contiene algo de paradójico (Beyebach y Herrero de Vega, 2010; Fisch et al., 2003).

En el contexto escolar, L lo describe de manera detallada en cómo se puede introducir la siguiente intervención

"T2: {...} ¿Cómo son las participaciones {...}? como es que se avientan todos a participar, a la pregunta tienes algún cierto tiempo... ¿Cómo son?, ¿cómo es la manera en la que tienes que tú que, {...} participar, lanzarte a participar?

C: Pues depende, hay veces en las que en ciertas clases es como que son cinco minutos de que la maestra o maestro haga preguntas al aire y ya las responde el que sea para la participación o luego en el trascurso de la clase bueno si me preguntan y ya le respondes {...}.

T2: ¿Son muchos los que participan?

C: Pues... varios sí.

{...}

T1: Esa vez que tú quisiste participar

C: Aja

T1: ¿Si hubo un silencio así no sé dos o tres segundo a lo mejor más y ya tú hablaste?

C: Sí, sí se hizo el silencio y dije bueno pues si yo me la sé porque no la digo y ya la dije.

T1: O sea ahí te dio tiempo de pensar ¿no? La otra ni la pensaste, sí te aventaste, así como va.”

Bajo la misma línea de exponer a la cliente a un evento temido, se le prescribe durante la sesión cuatro una tarea que consiste en que debe “hacer un volado” en las mañanas para que lleve a cabo la conducta de responder preguntas abiertas que realiza su profesor.

“T1: {...} Tiene que mantenerse esto, que sea espontáneo, entonces, por un lado, yo sí te diría, no tienes que participar al menos esta semana, o sea no se trata de afectarte para siempre {...}, pero esta semana no tienes que participar todas las veces, pero sí tienes que echarte un volado al principio del día para saber si sí te va a tocar o no te va a tocar.

C: *Asiente*

T1: Si te toca, digamos que tienes permiso, pero no estás obligada, pero si no te toca por el volado ni lo intentes, o sea está prohibido, no tienes que participar.

C: Ok, sí

T1: ¿Qué te parece?

C: Me parece bien

T1. Lo que estaba buscando es esto, que se mantenga la espontaneidad porque te ha funcionado, pero si lo vas a hacer así de corrido ya todo el tiempo no sé, o sea como que no funcionará, {...}

C: Asiente

T1: Pues yo creo que sí es algo que hay que tener en cuenta, pero sí hay que hacerlo con, este, cuidado, {...} que guardes la espontaneidad de manera que sea espontánea ¿no? porque ya que lo estamos platicando y lo planteamos pues ya no va a ser espontáneo.

C: jaja sí

T1: Entonces necesitamos un volado, necesitamos un volado para que cada día, en la mañana si quieres tú, te echas tu volado, como tú quieras ponerlo, o sea, si sale sol o sale águila pues ya lo pones {...} si sale sol participo, si sale águila no participé,
¿Cómo ves?

C: Sí, me parece bien”

Esta tarea facilita que L lleve a la práctica la conducta planteada de “lanzarse” a responder preguntas con el objetivo de mantener espontaneidad en las acciones gracias a que se cuenta con una descripción concreta de la conducta que la cliente tiene que llevar a cabo (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

Se utilizaron las intervenciones generales pues se pueden aplicar en cualquier momento del proceso terapéutico (Fisch et al., 2003). En el caso presentado, es posible identificar que estas acciones se mantienen presentes el *No apresurarse* y *Advertir los peligros de una mejoría* a largo de las nueve sesiones. Durante la sesión cuatro y cinco, la cliente reportó cambios debido a las intervenciones paradójicas, no obstante, de acuerdo con el modelo, es importante ir lentamente para mantener los cambios duraderos y con la advertencia de los peligros de una mejoría para continuar con el desarrollo de un progreso terapéutico (Fisch et al., 2003). He aquí muestras del uso del *no apresurarse* y *advertir los peligros de una mejoría*.

“C: Pues, di mi aportación y ya el profesor {...} retroalimentaba, pero pues me fue bien, no me dijeron nada, ni me dijeron que estaba mal, no pasó nada de lo que yo me imaginaba.

T1: Pero, o sea, ¿No le dijiste alguna cosa mala a propósito?

C: Ahh no, eso no lo hice, porque eso sí me dio pena jaja.

T1: Ok, pero las dos veces que lo dijiste, ¿las dos veces que lo hiciste tuviste éxito?

C: Sí, sí tuve éxito.

T1: Okay.

T2: ¿Qué fue diferente en estas dos ocasiones?

C: Pues ya no me quedé a pensar en nada, ya nada más dije bueno, yo sé la respuesta, prendí mi micrófono, lo dije y ya. Y ya cuando me dijeron que estaba bien, como que ya no me quedé pensando en lo malo, me quedé pensando en que lo dije bien y dije "Ay si, lo dije bien" y ya.

T2: Okay, muy bien. Ya cambió, cambió esta parte del: ya no pensabas en ¿Qué dirán los demás? {...}

C: Sí, un poco en algunas clases si es como de " Ay mejor no lo digo"

T2: {...}

T1: {...} Yo creo que aquí debemos tener una pausa para ver qué ocurrió, por qué a mí me parece importante que no vayas a pensar qué cómo qué, pues ya, ya se acabó esto, ya lo solucionaste. No sé si llegaste a pensar esto, si ya salió dos veces llegará a ser así siempre.

C: No, de hecho, {...} la primera fue el lunes, la primera participación del lunes y el martes como qué pues ya no, ya no me dieron ganas de participar, ya al siguiente día, lo volví a hacer, pero sí me cuesta todavía.

T1: {...} Por eso me parece importante que consideres que todavía no necesariamente eso definen las cosas, porque ya está, aunque ya tomaste una pequeña como que prueba de lo que podría pasar sí, si lo hicieras, ¿no? aquí podría pasar lo contrario. Qué tal qué te pones a participar mucho ¿Qué pasará si te pones a participar mucho?

C: Pues, no sé, no dejo participar a los demás.

T1: No sé a lo mejor ahí se te van a quedar viendo, ¿no? así como que "¡Ay otra vez esta chava!"

C: Bueno (risas) si

T1: no sé, o sea, no sé si has pensado en eso

C: Pues no, porque como casi no participó {...}.

T1: Así, pero antes que no participabas.

C: Pues suena raro.

T1: Pero ya estás empezando a participar.

C: Si tal vez.

T: Pero si participas demasiado, lo que en algún momento me podría preocupar es eso, {...} que salga peor ahora

C: Ujum si

T1: Que si partícipes demasiado, como que ahora agarres mucho vuelo, yo creo que tienes que irte en ese sentido como tranquila {...} como de poco a poco porque {...} no es una experiencia tan conocida para ti

C: No

T1: Y como es nueva no hemos tomado a lo mejor en cuenta cosas, consecuencias, factores que pudieran no ser tan buenos, ¿no? {...} Pero entendí una cosa que te preocupaba y te limitaba era lo que los demás pensarán de ti, lo que los demás iban a tener en la cabeza {...}."

Fue durante la sesión cinco donde se le menciona a la cliente que su situación aún es compleja y que debe evitar apresurarse para realizar algo diferente pero que observe lo que sucede en su contexto. La cliente recibe dos mensajes contradictorios: No hagas algo para cambiar, pero observa lo que sucede. Si L no hace algo para cambiar, hace lo que el terapeuta le pidió, pero si cambia algo es posible ver una mejora significativa y tangible que se puede aprovechar. Todo como parte del uso del *no apresurarse* y advertir *peligros de una mejoría*.

"T2: Sí, sí está bien, nada más que estés muy pendiente de cómo tomas esta semana así de prueba y ya nos platicarás la próxima semana qué observaste y qué viste.

C: Sí, está muy bien

T1: Bueno, pues vamos a ver, porque también con las clases presenciales cambiaron varias cosas y pues vamos a ver qué resulta, también si nos mantenemos {...}.

C: Sí."

Parte de una de las técnicas utilizadas constantemente durante el proceso de L, fue el reencuadre (Watzlawick et al., 1992; Reiter y Ray, 2014). Fue posible la venta del proceso que permitió que la cliente acepte las sugerencias para lograr los objetivos que le permitieran reconocer que la queja inicial no sea un problema. Entre la sesión cuatro y cinco, se dio la modificación del cambio del contexto escolar de las clases virtuales a

presenciales en su universidad. Hubo cambios que pudieron convertirse en dificultades para L, sin embargo, se abrió la entrada para intervenir en esta situación.

Se le solicitó la exposición para conocer mejor el evento temido, en este caso, una exposición frente al grupo sobre un tema teórico, además de identificar como son las respuestas a las preguntas abiertas del profesor en el contexto presencial. Fue de suma importancia incorporar a L en estas situaciones a manera de un experimento (Fisch et al., 2003) acompañado de sugerencias para enfrentar su exposición teórica.

“C: {...} Al comienzo de exponer y que voy a estar tratando de ver a todos pues ya, no sé si se me olvide lo que voy a decir o algo así por los nervios, porque si me pasa, de que luego me pongo nerviosa y como que se me olvida o se me va el avión.

{...}

T1: Por ejemplo, bueno, bueno ubicar las cosas que luego se hacen ¿no? Por ejemplo, cuando uno expone lo que uno hace es no mirar a nadie, o sea, mirarlos por encima de la cabeza. Tienes tu proyección, supongo que llevas tu PowerPoint, pero cuando volteas a lo que sería tu auditorio no volteas a verlos, sino volteas arriba de su cabeza, esa es una

C: Ajá

T1: Otra, que eliges a alguien a quien ver, por ejemplo, tu amigo, le dices a tu amigo pues siéntate como al centro ¿no? y a él le das la tarea que cada vez que te vea, te tiene que hacer así *hace movimiento de cabeza afirmativo*

C: Mmmm, Okay, ajá

T1: Así *sigue movimiento* exacto, bien, por ejemplo, igual le puedes decir {...}

C: No

T1: Otra, está como más loca, es que desde que empieces les digas a todos, {...} la verdad después de la pandemia como que ya perdí práctica y pues si me siento un poco como rara, {...} a lo mejor de repente me pierdo, a lo mejor de repente como que se me va el avión, pero es por eso, o sea, conforme pasa yo creo que ya se me va a ir o quizás no.

C: (Ríe).”

Durante la sesión cinco, la última sugerencia dada cobra relevancia ya que L reporta que la utilizó con sus compañeros de su grupo escolar mientras viajaban en el transporte de la universidad.

T2: {...} Y otra pregunta, {...} me acuerdo de que platicamos la vez pasada del, {...} de la sinceridad ¿no?, de exponer con sinceridad y era como presentarte y “discúlpame, compañeros, pero perdí la práctica ¿no? {...}”.

C: Sí

T2: Eso lo, lo, lo ¿llevaste a cabo en algún momento o te ocurrió o algo así?

C: Mmm no, aún no lo he practicado, no.

T2: Digo, independientemente de la exposición ¿no?, ¿a lo mejor con alguna persona?

C: ¡Ah! pues sí, de hecho, cuando empecé a hablar, bueno porque yo tengo que ir a clínicas, entonces me regreso en una combi.

T2: Mmmju

C: En el transporte seguro, y pues ahí como que hablando entre nosotros si es como de que “ay sí pues, la verdad como que ya no sabía cómo socializar”, y así. Y me di cuenta de que no sólo me pasó a mí, sino también como a dos o tres amigos, bueno compañeros, que también como que les pasó eso {...}.

T2: Mju

C: También fue como de “ah bueno, o sea entonces sé que...ah... no soy como que el único caso y o sea como más comprensivo entre nosotros.”

Esta intervención forma parte de las directrices para exponer a la cliente al evento temido en un contexto diferente. Gracias a que L se sincera con sus compañeros que ella no conocía en persona, ella logra entablar una conversación amistosa. A pesar de esto, ella reconoce que aún existen pensamientos que le impiden desarrollarse en su medio escolar.

De acuerdo con el reencuadre de exponerse para conocer mejor el evento en el contexto presencial, continúa la prescripción de “echar un volado”. Es importante tomar en

cuenta que comienzan a vislumbrarse cambios que funcionan como una evaluación de resultados del progreso en el proceso de L, pero el problema continúa presente.

T1: Sin embargo, pues sigues pensando.

C: Sip, Ujum...

T1: Y dices, creo yo, tu dime si no lo percibes así, pero creo yo que ese es el principal... vamos a decirlo así, obstáculo que tienes.

C: Ujum...

T1: Piensas mucho.

C: Sí

T1: Piensas demasiado de alguna manera preocupada por cómo entender exactamente qué está pasando todo alrededor tuyo.

C: Sí, aja.

T1: Y eso hace que pienses demasiado.

C: Ujum...

T1: Y digo pienses de más porque pues ya te disté cuenta que no, no necesariamente es lo que tu pensabas ¿no? pero sigues pensando ¿no? de todas maneras le encuentras.

C: Sí

T1: {...} Me acuerdo de que la otra vez nos dijiste que cuando contestaste alguna vez, así como sin pensar, de repente, pues no hubo problema ¿no?

C: Ujum.

T1: Ahora que te decíamos lo del volado {...} estábamos pensando que eso podría servir todavía {...} pero que sea como un volado diario ¿no? o sea antes de salir de tu casa echas el volado.

C: Ujum.

T1: Y lo que caiga ese día te toca, o no participar para nada y o sea como que te haces a un lado o te toca participar, tantas veces como se pueda.

C: Ujum.

T1: Sin pensar, {...} aceptando que te vas a equivocar algunas veces."

Hacia el final de la quinta sesión, se le pide que lleve a cabo “el volado” en los días que le corresponde participar respondiendo preguntas del profesor en clases teóricas. Además, se le pide que debe esforzarse por identificar qué sucede cuando ella va a responder una pregunta del profesor. Se acompaña de este reencuadre que consiste en entrar al evento temido en este nuevo contexto.

“T1. Yo creo que no se trata ni siquiera que te salgan bien todas las intervenciones o todas las participaciones, no que te salgan mal pues, pero tampoco es que salgan todas bien, y tomar en cuenta esas dos posibilidades {...} la posibilidad que tenemos o que pueda haber de que tú en un momento dado dijeras las cosas bien y cómo te sientes, cómo ves todo lo demás, o sin querer, pues no es a propósito, lo dices y no te dicen no, pues no, {...} pero bueno, tú sabes que te equivocaste y también qué efecto tiene ¿no?, pero aquí lo que quiero es que sobre todo como que pongas mucha atención en todos los días, aparte de estos donde vas a echar volado, que pongas mucha atención todos los días qué es lo que pasa en este nuevo contexto, {...}, porque es regresar, y además yo me acuerdo que también decías que antes no te costaba trabajo participar ¿no?

C: Sí

T1. Entonces pues a ver si otra vez eso se recupera, sencillamente cambiando las cosas {...} pero igual también ya te hiciste de un hábito de pensar solamente la respuesta {...} pero yo creo que a lo mejor pasa esto, qué tan te la sabes que la piensas, ya sabes cuál es y luego te da tiempo todavía de ponerte a pensar, entonces pues no, o sea más bien en cuanto sepas la respuesta luego contestas para que no te dé tiempo de pensar, pero eso lo vamos a hacer solamente los días del volado, esos días tienes que esforzarte para hacerlo de esa manera, los otros no, los otros nada más te pido que veas lo que está pasando, qué es diferente, qué pasa en tu cabeza cuando vas a participar esos días o qué se te ocurre, a lo mejor no participas, que se te ocurre que vas a participar y todo lo que pasa en tu cabeza, porque bueno, necesitamos aprender bien cómo es que le haces para tu misma detenerte, porque tú te detienes.”

C: Ah, ok

T1. Necesitamos atender un poquito más cuál es esa forma que tienes, cuál es esa forma cómo pues meterte miedo tú sola, meterte ansiedad tú sola {...}.

C: (asiente)

T1: ¿Sí me explico?

C: Sí.”

Como parte de la revisión de la tarea, al comienzo de la sexta sesión L comenta que ha logrado participar en los días que le corresponde responder preguntas teóricas del profesor.

“T2: Cómo te fue con la tarea {...} de echar un volado que igual no era diario, pero un día o dos, habíamos establecido que eran lunes y miércoles {...} Para participar, {...} ¿Cómo te fue?

C: Pues, el lunes, sí participé porqué, {...} pero me costó mucho la verdad, por qué teníamos que pasar al frente a diferenciar unas cosas y me dio como mucha pena participar al principio, pero ya después dije bueno pues ya, si participo ahorita, puedo dejar de participar. Ya participé, pero sí me dio como ese calorcito, y el miércoles no tuve clase, pues no participé, pero, hoy tuve mi exposición y la sentí muy bien, porqué al principio sí me sentía muy nerviosa, pero ya cuando empecé a exponer, no sé si fue porqué como le hablo a más personas, es que siento que influyeron muchas cosas, primero qué no estuvieron las chicas como que siempre están burlándose y así, en la segunda, pues le empecé a hablar más a mis compañeros, entonces cómo que ya siento más, más ese sentimiento de compañerismo y la tercera sentía que pues, en la última, cómo que sí le habían entendido bien entonces nada más me enfoqué en explicarlo porqué era cómo un proceso, entonces, me enfoqué en explicar el proceso y no tanto en ver a mis compañeros o así, entonces cómo que me sentí muy tranquila hoy. Y de hecho sí me fue bien, hasta la maestra nos pidió la presentación porqué estaba muy bien hecha.

T2: {...} Ahora, dices que el miércoles no tuviste clase, el lunes sí participaste, pero fue cómo, ¿a través del volado?

C: Pues no fue como por el volado, sino que, pues me tocaba como participar, porqué como que muchos no querían pasar, dije bueno, si ya participo ahorita, ya no participo en el resto de la clase, entonces pues participé en esa y ya, nada más {...}.”

La cliente comenta que logró responder preguntas con dificultad y “muchacha pena”, reporta que aún se siente “un calorcito”, ya que identifica que normalmente hay personas en su grupo que se burlan de los demás, pero en esta ocasión no se encontraban.

Si bien L logró realizar su exposición teórica sin inconvenientes, es importante continuar con un nivel de ajuste para que lleve a cabo las acciones para contribuir a la solución del problema con el apoyo de una reestructuración como una intervención para continuar con el proceso de L (Fisch et al.,2003). Son dos los momentos que L retoma de manera general: las sensaciones fisiológicas y las relaciones sociales. Por una parte, La cliente reconoce que al regresar a las clases presenciales comienza a crecer el compañerismo lo que permite que ella conviva en mayor medida a pesar de que exista “mala vibra”.

“T1: {...} porque si bien ya ubicas de qué somos más compañeros, hay una relación como más cercana como que te das cuenta de que no hay tanta mala vibra en realidad

C: Si {...}.”

Por otra parte, se le comenta sobre las sensaciones que reportó pueden llegar a ser normales, además se le pide que considere que estas personas “mala vibra” son personas que le tienen cierta envidia.

“T2: {...} Esto que nos platicabas del calorcito, el sudor de las manos, eh... esas sensaciones que tuviste el lunes que participaste eh pues las vemos normales ¿no? las vemos como realmente como ese nervio así chiquitito que pues llega a ser normal ¿no? Eso, por un lado. Y por el otro lado también pues ya este platicando sobre estas chicas mala vibra pues realmente notamos que {...} es gente envidiosa ¿no? Gente que tiene envidia derivado de que pues uno hace bien las cosas ¿no? y pues uno porque le llama la atención pus porque hace bien las cosas y otras personas responden así con esto {...}.

C: Sí.”

Con esto, se le sugiere que esto es algo normal y que es un “nervio chiquito” que puede sentir en momentos como los que vive cotidianamente en clases. Hacia el cierre de la sexta sesión y como parte de la tarea de la quinta sesión, L reconoce que hay aspectos que no había identificado previamente. En este caso, son dos momentos que suceden

cuando el profesor realiza una pregunta abierta, el primero es que ella ve a todos pensando en una respuesta y otro en el que se abre la oportunidad con un silencio donde nadie responde.

T1: {...} Hay dos momentos éste donde tú ves que están como que en un momento dado como dudando y otro momento en el cual como contaste ahorita, como que se abrió la oportunidad para participar, pero hay un momentito, así como de silencio, ¿no? así como de que nadie participa ¿no?

C: Sí

T1: Y en ese momento tú, pues hablas {...}, tú participas {...}, entonces yo creo que hay que buscar como que el justo medio entre esos dos, entre que ves cómo se da este tipo de observación, y primero {...} lo que se siente cuando se da ese espacio donde la gente por alguna razón se detuvo para participar {...} tú en ese momento es cuando la puedes decir {...}, pero ese momento es el que estoy sugiriéndote que encuentres, y que en ese momento que hagas eso es cuando estás viendo lo de las partes que se están en un momento dado como que, fijándose, murmurando, pues nada más también como algo que te apoya ¿no? te apoya en el sentido de que están pensando ya que tú lo vas a hacer bien, porque te están aventando la envidia ¿no?

C: Sí.”

En este caso, son dos momentos que suceden cuando el profesor realiza una pregunta abierta, el primero es que ella ve a todos pensando en una respuesta y otro en el que se abre la oportunidad con un silencio donde nadie responde.

T1: Y en ese momento tú puedes como que sacar ventaja de eso, usarla en un momento dado como para tener una buena participación, ¿qué te parece?, ¿crees que sí sea algo que pueda salirte o no?

P- Sí, yo digo que sí, sí puedo

T1: Porque sí es así la idea de cómo que te vuelvas como muy sensible a esos momentos de cuando viene la pregunta y ese pequeño silencio, y por supuesto eso implica que tú a veces dejes pasarlo ¿no?, porque pues lo sientes y ya cuando te das cuenta ya participaron, ya te ganaron, pero que trates un poco como poner tu atención ahí, ¿Cuál es ese momento en el cual hay la pregunta, es una pregunta que tú te sabes y los demás se quedan callados?, {...} porque es una sensación,

seguro estoy como de sorpresa en uno, así como de es obvio, no sé por qué no la dicen ¿no?

P- Sí.”

Se acompaña de la posibilidad de que puede tomar ventaja de las personas que pueden traer “mala vibra” como “echándole envidia” y de los momentos de silencio.

“T1: Entonces, ahí es ese momento en el que tú te vuelvas muy sensible a cuando exactamente se da ese espacio así, es un segundo, es una fracción así, pero se siente como que ya se hizo el silencio de que nadie sabe y ahí es donde tú tienes que dispararte, en ese momento tienes tú que hablar ¿no?

P- Sí.”

Con esto concluye la sexta sesión, se le pide a L que se vuelva sensible a los espacios de respuesta como una ventaja para identificar los momentos en los que se aproxima una pregunta del profesor y que, durante el lapso del silencio, ella participe respondiendo preguntas abiertas del profesor.

Con el lapso entre sesión y sesión, éstas se acortan en tiempo puesto que se realiza una revisión de la tarea asignada, se comentan los cambios y se realizan ajustes mínimos para continuar con el proceso (Fisch et al., 2003). En la sesión siete, ella comenta que, a través de un cuestionario didáctico, ella se colocó dentro de los tres primeros lugares.

“T2: Otra vez, una nueva semana en la que ves a tus compañeros, ves a tus profesores, tuviste esta vez exámenes, vaya, este nuevo contexto, ¿Cómo te fue?

C: Pues me fue bastante bien, mejor de lo que yo me esperaba, pero {...} sí es muy complicado todavía, es como agarre la onda a estar presencial con mis compañeros.

T2: ¿Por qué dices que es complicado?

C: Pues, no sé, por ejemplo: el miércoles tuvimos un ejercicio de una lectura de psicología y este, el profesor hace jueguitos en Quizz, entonces proyecta la pantalla y se ven pues los lugares {...} yo quedé en tercer lugar y como que todos aplauden

y voltean a verme, no sé, me incomodé me sentí muy, no sé muy incómoda, no quería que me vieran, me quería esconder, pero pues, no podía.”

Ella refiere que, en una actividad de la clase, quedó en el tercer lugar, el grupo le aplaudió y volteaban a verla, esto la hacían sentir incomodidad. L etiqueta esta situación como una a la que teme: ser el centro de atención y que sus compañeros percaten de su ansiedad porque no le interesa competir y tampoco le gustaría cargar con la responsabilidad de ser la alumna que responde a todas las participaciones. Se utilizó la intervención general sobre advertir los peligros de una mejoría, en esta ocasión se hizo presente.

T2: {...} De alguna manera ya encajaba esto que justamente nos platicas, ¿no?, {...} como un reconocimiento en el que de alguna manera te puede llegar a suceder como que "pues la que sabe", ¿no?, {...}

C: Sí, ujum.

T2: {...} Yo te pregunto, pues, ahora sí que ¿cómo le harías, ¿no?, ¿cómo sería que lo harías?

C: {...} Pues podría decir... {...} no completamente que esté mal, sino que podría decir tal vez que me falte algo. No sé, si es algún proceso, o algo así, saltarme ciertos pasos para que de cierta manera no esté completa la respuesta {...}, o en ciertas cosas que a lo mejor no son tan obvias y que no las saben, o así, y si yo las sé {...} podría decir una respuesta incorrecta {...} para que no se sepa que sí sabía.

T2: Claro sí, sobre todo que te das cuenta ¿no? que sí sabes ¿no?

C: Ujum.”

Se le pide a L que retome la posibilidad de que logre responder preguntas con un margen de error de 20% en clases donde las respuestas no sean un criterio de evaluación importante para su calificación puesto que este elemento es importante de acuerdo con su postura.

T2: Muy bien, pues entonces que piensas de esto que te planteamos.

C: {...} Hasta cierto punto sí es fácil porque yo {...} dudo mucho en participar porque pienso que a lo mejor está mal o algo así. Pero ahorita como están diciendo que me puedo equivocar entonces {...} a lo mejor ya va a ser un poquito más fácil para mi participar porque pues ya no voy a estar pensando en si está bien o está mal, ya nada más es como participar y pues decir lo que yo pienso porque sí, o sea yo creo que sí lo sé, pero nada más le voy a cambiar ciertas cosas. Por ejemplo, en los procesos o en ciertas cosas pues no voy a decir ciertas palabras para que me corrijan un poco {...}.

T1: Ahora lo que nos interesa también {...} no te vayas a apresurar a hacerlo si no tienes como bien hecho como el esquema ¿no?

C: Ujum

T1: Entonces por eso estaba pensando incluso, así como que esta semana la hicieras como puro mental ¿no?

C: Ujum...

T1: Hicieras así nada más como el ejercicio de haber diría esto y ya nada más ¿no? para ver qué pasa ¿no? Sin que lo digas ¿no? para que compruebes, pues alguien más participará y te darás cuenta de que sí lo dice o hasta dicen cosas que están pensando que están mal {...} como pensando "seguro van a decir esto" como adivinando ¿no? la mala.

C: Aja, okey.

T1: Para que tú ya vayas como entrenando esta parte de cómo decir las cosas pues de manera que como dices tú, no totalmente mal. Como que tenga un pequeño defecto, a lo mejor sería mejor verlo así ¿no? que tenga un pequeño defecto, no que no esté mal, sino que tenga un pequeño defecto a ese nivel que te digo ¿no? pus como un 20% de defecto ¿no? ochenta está bien ¿no?

C: Sí, si está bien."

Por una parte, la cliente es quién propone que pueda dar respuestas incompletas o no tan obvias con tal de promover sus respuestas a las preguntas del profesor, tal como se ha planteado en sesiones anteriores. Por otra parte, debido a que se advierten los peligros de una mejoría por aparecer en el podio del cuestionario didáctico "Quizz", se le prescribe no apresurarse mediante la no-participación, es decir, L no debe responder

preguntas con el fin de que ella diseñe una estrategia interna para poder responder con dicho margen de error.

En la sesión ocho, se hacen presentes cambios evidentes en el problema de L, por lo que esta sesión se centró en indagar en los cambios que ha obtenido mediante las estrategias que se han prescrito.

"T2: {...} ¿Qué tal esta semana?

C: Pues, estoy bastante bien, esta semana estuvo muy tranquila y distinta igual, pasaron muchas cosas. Por ejemplo, el martes... bueno el lunes pues no hubo clases y el martes, igual me volvió a pasar que me preguntaron y pues no sabía ese tema, {...} no lo había visto porqué, creo que no me lo dieron y no, no sabía. Yo pensé que todos los demás o habían visto, porqué somos de distintos grupos. No, nadie lo había visto entonces no me sentí tan mal por no saber.

T2: No te sentiste mal por no saber."

Al abrir la sesión, L refiere que participó respondiendo una pregunta directa del profesor, pero que, en esta ocasión, a pesar de no conocer el tema, no se sintió mal por no dominarlo.

"T2: Esto lo hiciste el martes... bueno sucedió está situación el martes, nos dices que te preguntaron y no sabías y dices "no me sentí mal pues los demás tampoco sabían" y esto que comentas ¿lo hiciste el resto de los días?

C: Ujum , lo hice y el miércoles y hoy viernes que por ejemplo estaban dando temas de exposiciones dijeron que "¿quién quería exponer?" y pues yo propuse que yo quería, {...} fue sin pensarlo solo fue así como que "yo" y pues ya me dieron el tema y pues ya ahorita que lo estoy pensando "voy a exponer" como que ya no me pone nerviosa "pues ya lo hice una vez y salió bien, nadie se burló de mí, no me salió mal el tema" entonces siento que puede pasar... pues tal vez si me puedo equivocar al hablar, no, pero ya eso si no va a ser tan malo como yo pensaba."

La cliente expresa que debido a la exposición anterior pudo definir que, si se equivoca al hablar, ya no "es tan malo como ella pensaba" sin que nadie "se burle" y "sin ponerse nerviosa". Ella detalla que ha realizado las acciones sugeridas sin necesidad de

pensarlo mucho, por eso decide aceptar una exposición sin obstáculos que le impidieran un desarrollo adecuado del tema.

T2: Uju, vale ... y esto sino lo hubieras hecho, o sea ¿qué hubiera pasado? dices esta vez no me voy a equivocar, no tengo el riesgo, pero y sí te hubieran dejado al último o no hubieras {...} escogido porque me imagino que fuiste la primera.

C: Ajá sí. Pues era para calificación, dijeron que era tema de exposición, o sea ni siquiera estaba pensando en la calificación dije: “pues ya expuse una vez y no estuvo mal, lo quiero hacer yo” y ya levanté la mano, {...} si hubieran levantado otros la mano, no me hubiera sentido mal porque forzosamente habría expuesto entonces {...} no sentía tanto ese problema.

La cliente comienza a identificar que su queja inicial ya no la percibe como un problema puesto que ya no evita la exposición al público, lo que permite que ella se postule como voluntaria para exponer, ya que “no sentía tanto ese problema”. Además, L encuentra un equilibrio con el cuestionario didáctico del profesor gracias a la estrategia de utilizar el margen de error de 20% y 80% de la respuesta correcta que ella llevó a cabo.

“T2: Entonces digamos el 20%, o sea esto sí lo llevaste a cabo, {...} implícitamente no es que hayas participado, pero tú sabiendo que ibas a tener una, un reconocimiento al final, {...} como decías “bueno es que exponen a los ganadores y los primero lugares”, lo llevaste a cabo {...} y dijiste “bueno 20%, me voy a equivocar, para no estar en el primer podio ¿no?”

C: Ajá, sí...

T2: Y ya en el segundo el 80% digamos

C: Ujum

T2: ¿Apareciste en el podio o...?

C: Sí en los primeros cinco, pero ya no fue como tanta fiesta, {...} nada más es a los primeros tres a los que les aplauden así mucho y es como de que “Y en cuarto y quinto, quedaron ellos”, y ya dije “bueno pues ya, que bueno”

T2: ¿Y ahí cómo te sentiste?

C: Pues me sentí bien porque dije “Bueno pues, ya por fin no soy de los, de los primeros lugares”, entonces pues sí también, porque luego como que sí se te quedan

viendo, como que diciendo “ah, entonces ella sí sabe mucho”, entonces, pues para no, para no ser el centro de atención.”

Esta acción la realizó de acuerdo con la intervención de no realizar acciones, pero con la sugerencia de lo que pueda hacer. Ella comenta que se sintió cómoda en el 4to lugar, esto no afecta su calificación y no acapara la atención del resto del grupo, algo que a ella le incomodaba, además de que ya no la verían como “el centro de atención”.

T2: {...} Lo que queremos es que pues te mantengas {...} con referente del cuarto lugar {...} ¿te hace sentido esto? ¿Crees que se haga mantenerte siempre en el cuarto lugar como en el Quizz?

C: Pues tal vez no siempre, o sea tal vez a lo mejor no sé, en un octavo y no aparezco en la línea, pero sí o sea sí me gustaría o también a veces no sé aparecer no sé en el segundo o tercero.

T2: Sí, claro.

T1: Sí, el punto es ese, que lo puedas ir variando ¿no?, que no ser todo el tiempo como quien dice el reflector todo el tiempo.

C: Sí

T1: Ok

T2: Y claro, mantenerte en esta, en esta posición esta semana ¿no? {...}

C: Sí

T2: Ok. y sobre todo bueno, este, retomar también esto de tus exposiciones que de alguna manera vemos percibimos que es una manera también de participar {...} de tener cierto reflector ¿no?

C: Sí

T2: Y bueno, pues esta semana vas a exponer, ya nos vas a platicar la siguiente como te va

C: Sí, está bien.”

De acuerdo con el modelo, es importante mantener las modificaciones que reporta la cliente. Muestra de ello es que, hacia el final de la octava sesión, se le pide mantener los cambios ya que el hecho de que se ofrezca para exponer puede advertirse como

peligro de una mejoría. Se le solicita también que pueda realizar ligeras variaciones a las situaciones en las que ella debe participar, tal como las respuestas a preguntas del profesor, las exposiciones teóricas frente a grupo y resolver los cuestionarios didácticos

Tras ocho sesiones semanales, la cliente reporta avances importantes en el problema reportado inicialmente.

T2: {...} ¿Cómo te fue en la última tarea que platicamos la sesión pasada?

C: {...} La verdad sí me fue bastante bien esta semana, como que esta semana sí participé, no mucho, pero cómo que participaba una vez en cada clase y ya con eso. Hoy tuve mi exposición {...} si me sentí nerviosa, pero pues siento que es lo normal, no como antes que tartamudeaba {...}. Ahora nada más fue el nervio de empezar, pero ya cuando empecé, ya estuvo bien, no me sentí juzgada ni nada.

T2: Cómo lo que hablábamos la sesión pasada ¿no? Cómo un nerviosito, que es como común {...}.

C: Sí, pero ahora ya no me sudaron las manos, sentía calor. Porque sí hacía calor o porque era yo, no sé.

T2: Pues, si está haciendo calor, te lo puedo afirmar totalmente (riendo).

C: Sí, sí está haciendo calor.”

La cliente reporta también que, durante el cuestionario didáctico, se colocó en el octavo lugar.

T2: ¿cómo te fue el miércoles con tu clase de del Quizz?

C: Tuvimos un Quizz y pues la verdad no sé creo que quede como en el octavo lugar y pues si estaba como de “no quiero estar en el podio” y si me equivocaba en una que otra, pero la última vez que pase estaba en el lugar ocho y ya de ahí ya fue el podio, {...} ya no aparecí.

Ella se encuentra bien con dicho resultado, no fue vista como el centro de atención como previamente lo llegaba a hacer. De acuerdo con la intervención de la octava sesión, se le había solicitado que se introdujera en el lapso donde el profesor realiza una pregunta y los alumnos responden.

T2: {...} ¿El lunes cómo te fue? en participaciones, en tus clases.

C: Pues me fue bien, la verdad, {...} en mi primer clase tuve laboratorio y pues ahí tuve que participar, bueno ahí de por sí como que es obligatorio participar porque nos ponen a leer entonces es nuestra como participación y después tuve esta clase del memorama, y pues no tuve el memorama pero pues sí participé, y en la siguiente clase, igual es un laboratorio de casos clínicos y al principio como que no quería participar porque como que hay cuatro compañeras que hablan mucho, entonces como que no sabía cómo meterme al tema.

T2: Ajá.

C: {...} Hubo una brecha de tiempo, y ya ahí metí yo mi participación y así ya como que {...} nos empezamos a acoplar {...}.

T2: La brecha del tiempo es como cuando hablábamos {...} cuando todo mundo estaba en silencio, ¿y tú participabas?

C: Ajá, sí, sí justo, {...}.

T2: Y ahí tú buscaste propositivamente, digamos, participar entonces.

C: Sí, sí para, para tener la participación porque si no pues no iba a hablar y me sentía como incómoda de no hablar, {...}.

T2: {...} Aquí ya cambiaste, {...} ya no te incomoda el no hablar, no participar.

C: Ajá, sí, sí, {...}.

T2: Claro, y ¿aplicaste lo del 20% como de defecto en tus participaciones?

C: {...} Ese fue en el martes, igual...

T2: Eso fue el martes.

C: Igual nos preguntaron {...}, pero no lo recordaba bien, y sí lo dije así y pues ya el doctor fue como de que “sí está bien, pero te faltó esto”, y ya él {...} lo completaba, {...}.

T2: Claro, y {...} te contó la participación.

C: Ajá, sí.”

De acuerdo con los resultados obtenidos reportados por L y derivados de las intervenciones, este último encuentro se perfila para concretar el cierre del proceso terapéutico gracias a que cumplen los criterios de conclusión de la terapia.

3.2.8 Fin de la Terapia

Se concluye con nueve sesiones semanales de una hora de duración, dicha cantidad de sesiones es adecuada según lo plantea la teoría (Fisch et al., 2003). En este caso, L reportó que tuvo cambios importantes.

T2: {...} ¿Tú cómo te has visto {...} en este avance que {...} hemos tenido aquí en sesiones?

C: {...} Si veo el avance porque antes como que no quería ni participar, me daba pena o como que si me hablaban me sentía muy nerviosa pero ahora no, ahora es como si me toca participar y lo sé pues ya lo digo y si no pues también lo digo {...} y ya no me siento mal como de “ay no lo sé” y pues ya me gusta participar un poquito más y por ejemplo en las exposiciones lo que si note fue que {...} ya no me puse nerviosa de que fueran mis compañeros ya fue de que ay pues es mi compañero, ya fue como algo normal.”

La queja inicial que reportó L en el inicio del proceso ya no es un problema y ya no lo percibe como tal. Gracias al uso de las intervenciones: no apresurarse y advertir los peligros de una mejoría (Fisch et al., 2003).

T2: {...} quiero retomar esta parte que nos mencionaste en que él era una parte si de pena, pero bueno es que no me gustaría ser señalada como la que sabe ¿no? ¿Cómo lo has vivido? {...}.

C: Pues también trato de no participar tanto porque tampoco quiero como que me sigan viendo pero pues si, como que trato de ayudar, por ejemplo a mi amiga a la que luego le digo las respuestas pues hago que ella participe con lo que yo sé y este pues ya me siento bien, {...} cuando estoy muy muy segura pues ya participó yo y este, pues ya cuando no está mi amiga o no le quiero decir pues ya participo yo {...} no trato de participar tanto enfrente de todos pero si trato de participar para las calificaciones.”

La cliente reconoce que ha tenido cambios sólidos que antes no identificaba, apoya a su amiga, pero sin que ella pierda una participación de la clase, se siente segura y responde a las preguntas para sus calificaciones. Se le pregunta a L sobre la cantidad

de sesiones, si es posible que ella considera que es suficiente o harían falta sesiones para lograr objetivos.

“T2: {...} ¿Qué piensas? ¿{...} Crees que harían falta más sesiones?

C: {...} Yo siento que sí avance mucho y siento {...} las sesiones que me ayudaron porque al principio {...} no participaba nada, ni siquiera tenía ganas de participar, pero ya ahorita como que hablando con ustedes y así sí sentí que {...} fui cambiando yo más bien. Como el expresarme {...} entonces yo siento que {...} con esto pues sí fue suficiente sí me ha ayudado mucho, {...} yo creo que hasta el momento sí me han servido mucho.”

L se siente satisfecha con el trabajo terapéutico llevado a cabo. Por otra parte, se retoma una de las metas personales de L que era acerca de la elección de la sede para realizar sus prácticas en el servicio social.

“T2: Entonces, bueno, lo del servicio social, ¿crees que vas por ahí? Crees que...

C: Pues sí, yo siento que ya mejoré un poquito porque antes ni siquiera, o sea, no hablaba nada en las clases en línea, pero ahorita siento {...} que es más sencillo el participar que antes, en las clases en línea. Entonces siento que eso me ayudó mucho y {...} hablarles a mis compañeros, pues ya sé que no son ajenos, no son como yo pensaba que eran. Entonces sí siento que estoy mejorando en eso.”

De acuerdo con la evaluación de resultados, L ha logrado resolver el problema por el cuál llegó al servicio de atención psicológica. Como todos los clientes, L está en contacto frecuente con la situación que la llevó a su motivo de consulta, mientras que el terapeuta sólo se entera de ellos una vez por semana; por lo tanto, ella está en la mejor posición para determinar si las intervenciones han sido exitosas y si es hora de terminirlas (Reiter y Ray, 2014). En ocasiones, para evitar que la terapia fracase por buscar efectividad, es necesario transmitirle al cliente que ha trabajado lo mejor posible, sin embargo, no es una garantía de éxito (Reiter y Ray, 2014).

“T2: {...} Nosotros nos hemos dado cuenta de que has avanzado, {...} Hemos visto que podrías tú incluso avanzar por cuenta propia, ya lo anticipamos la, la, la sesión pasada, {...}. El pensar que {...} podríamos ir cerrando este proceso, {...} Claro, quiero enfatizar que hemos visto que has logrado implementar lo que has hecho, lo que hemos trabajado aquí que has podido eh caminar por tu cuenta {...} sabemos que las cosas no siempre van a van a estar bien {...} puede que haya algún momento en el que recaigas {...}.”

C: Ujum (asiente).”

Se le expresó a L que los resultados obtenidos fueron gracias a su esfuerzo, asimismo, se le advirtió que el problema no se resuelve para siempre y puede tener tropiezos o recaídas, esto le permitiría prepararse para el posible fracaso y prevenir el desarrollo de una visión utópica del problema (Segal, 1991). Finalmente, se le resaltó a L que es importante retomar lo aprendido en el proceso.

“T1: {...} Tienes que poner en práctica todo lo que ya hemos hecho, todas las cosas que tú has visto que te han servido, {...} tú misma tienes que hacer este mismo esfuerzo, como ahora al revés ¿no? porque lo hiciste como en el sentido negativo, como me van a ver y voy a estar mal {...}.”

C: Sí

T1: Pero ya aprendiste a hacerlo de la otra manera {...}.

C: Sí

T1: {...} Puedes comenzar a hacerlo cuando de repente te levantes como mal pues hacerlo así, aplicar lo que ya salió y ver el resultado.

C: Sí

T1: La verdad nosotros sí esperamos que de manera natural de repente tengas un poco de tropiezo, {...} otra vez te pase la misma situación de tener como desconfianza, pero eso es normal, creemos que eso es algo que tienes que comenzar a ver como algo normal, lo cual no quiere decir que no pase {...}, va a pasar, y eso te va a provocar que tengas cierta desconfianza otra vez, pero es el momento de que tú hagas lo que aprendiste aquí.

C: Sí, me parece bien.”

Ella responde de manera positiva y acepta el cierre del proceso terapéutico.

Así como la terapia comienza cuando un cliente identifica y sostiene tener un problema, la terapia termina cuando el cliente declara que la preocupación ha desaparecido (Fisch et al., 2004; Segal, 1991; Reiter y Ray, 2014). Cuando L afirmó que su situación ya no le generaba un malestar, la terapia se considera exitosa y se procedió a la terminación de la terapia. Se mantiene la apertura para retomar un camino terapéutico para el mismo problema presentado en un inicio o bien comenzar con algún otro motivo de consulta en dos a tres semanas.

En conclusión, el principio del proceso de L se estableció con empatía, se generó una apertura al diálogo que le permitiera ampliar su motivo de consulta en caso de ser necesario, no obstante, ella definió de manera concreta su problema y favoreció la creación del proceso terapéutico donde ella pudiera expresar sus dudas con seguridad. A lo largo de las sesiones, fue posible identificar el ejercicio del modelo terapéutico a través de los resultados expresados por ella, esto trae consigo satisfacción que permite enfocar los logros personales, del equipo, del supervisor y por supuesto, del cliente. La atención desde el modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas concluye con el cumplimiento de la meta terapéutica, para posteriormente crear oportunidades para ampliar diversos objetivos terapéuticos al alcance de la población de manera eficaz.

Capítulo 4. Consideraciones Finales

4.1. Resumen de las Competencias Adquiridas: Teórico Conceptuales, Clínico, Investigación, Difusión, Prevención, Ética y Compromiso Social

Uno de los principales objetivos de la profesionalización del psicólogo por medio de la Maestría o Residencia en Terapia Familiar es fomentar en sus alumnos la prevención y atención de diversos problemas de salud mental, desarrollo de habilidades de investigación y servicio a la comunidad. La Maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza se distingue por la formación integral de profesionales capacitados para abordar las complejidades familiares contemporáneas.

El programa incorpora teorías y prácticas innovadoras que se alinean con las tendencias actuales en el campo, que permiten a los estudiantes no solo comprender, sino también aplicar de manera efectiva intervenciones terapéuticas en el contexto de las familias mexicanas. Además, la Maestría permite el desarrollo de habilidades teórico-prácticas, investigación, clínica, difusión, compromiso y ética profesional para enfrentar con éxito las demandas de la realidad de un entorno diverso (UNAM, 2023). El campo de la terapia familiar está nutrido desde diferentes principios epistemológicos expresados en diferentes modelos y posturas terapéuticas (Nichols y Davis, 2020).

La Maestría en Terapia Familiar proporciona a los estudiantes una sólida base de competencias que abarcan diversas dimensiones esenciales para la práctica efectiva en este campo especializado (UNAM, 2013). A lo largo del programa, los participantes adquieren habilidades teórico-conceptuales que les permiten comprender y aplicar de manera crítica las teorías fundamentales en terapia familiar. Además, se desarrollan habilidades clínicas mediante la aplicación práctica de intervenciones terapéuticas en

múltiples contextos como se presentaron en el primer capítulo de este trabajo y bajo supervisión.

La formación también incluye el fomento a habilidades de investigación que permiten a los estudiantes contribuir al avance del conocimiento en el campo. Se cultiva la capacidad de difusión, de tal manera que se compartan dichos avances a la sociedad. La Maestría enfatiza la importancia en la prevención, de manera que se equipa a los terapeutas en formación con herramientas para abordar dificultades antes de que se intensifiquen. Por último, el desarrollo de competencias compromiso y ética se perfilan con un abordaje de sensibilidad y respeto hacia los consultantes que fueron atendidos.

4.1.1 Habilidades y Competencias Teórico-Conceptuales

Previo a la práctica, es necesario estudiar los antecedentes de la terapia familiar, de manera que, el programa está diseñado para conocer las diversas aproximaciones teóricas. La Residencia en Terapia Familiar realiza un recorrido histórico por el desarrollo de este campo, incluye la revisión epistemológica de las principales influencias, teorías y modelos en los que los abordajes terapéuticos están basados. Esta estructura, permite experimentar el desarrollo de la Terapia Familiar similar a su desarrollo histórico.

A través de las clases y seminarios teóricos, se desplegaron múltiples habilidades tales como el análisis filosófico que sostiene los modelos y abordajes terapéuticos. Se comparaban modelos y técnicas y se realizaban integraciones teóricas y conceptuales que invitaban a poner en práctica el ejercicio clínico mediante la supervisión. Tras la integración, promovía en los estudiantes un proceso creativo que fomentaba la utilización de diversas herramientas para llevar a cabo, así como la discusión de la viabilidad y propuesta de hipótesis explicativas.

4.1.2 Habilidades Clínicas

Durante los primeros semestres de la maestría (agosto 2021 a junio 2022) las actividades de atención psicológica se llevaron a cabo en la modalidad sincrónica en su totalidad. Como se menciona en el primer capítulo, los centros de atención psicológica COFIE de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y el Centro Comunitario San Lorenzo fueron en donde se realizaron intervenciones de manera virtual.

La prestación de terapia virtual a través de la plataforma Zoom brinda oportunidades diferentes para el desarrollo de habilidades clínicas. La capacidad de ofrecer terapia en línea implica la adaptación y perfeccionamiento de estas habilidades. Durante la Residencia, los alumnos debían dominar dicho software, así como de herramientas de comunicación no verbal adaptadas al entorno virtual. La observación de expresiones faciales y gestos a través de una pantalla se convierte en algo esencial para el desarrollo de las sesiones y de gesticulación, dicción y modulación de la voz.

Los maestrantes se volvieron competentes para establecer y mantener alianza terapéutica sólidas a pesar de la distancia física. Otro aspecto importante es la capacidad para utilizar recursos multimedia y herramientas interactivas para diferentes momentos de la Maestría. En resumen, se desarrollaron habilidades clínicas basadas en la adaptación tecnológica, observación, gestión afectiva y aplicación creativa.

El regreso de las actividades presenciales en la UNAM fue para el inicio del ciclo escolar 2022-2023 (El Financiero, 2022), por lo tanto, para la Maestría en Terapia Familiar de la FES Zaragoza se reanudaron en agosto de 2022. Tras el desarrollo de competencias virtuales, se comenzó con la particularidad de llevar a cabo atención psicológica cara a cara. Por lo que se emplearon estrategias previamente desarrolladas y nuevas por aprender.

La práctica bajo supervisión de manera presencial ofrece un contexto único para el desarrollo de habilidades clínicas fundamentales. La interacción cara a cara permite a los maestrantes afinar habilidades de observación de manera que se puedan captar matices sutiles de expresiones faciales, lenguaje corporal, tono de voz, ubicación geográfica del espacio terapéutico y todo aquello que contribuyen en el entendimiento del cliente. La destreza para establecer y mantener una conexión empática se fortalece a través de la presencia física (Gimeno Brugarola, 2021) lo que permite una interacción más completa.

La oportunidad de crear un entorno terapéutico seguro y cómodo es posible cuando se trabaja directamente en el mismo espacio físico. La interacción presencial facilita la inmediatez en la respuesta terapéutica, lo que permite ajustes en tiempo real. Al ofrecer terapia de manera presencial, los terapeutas en formación desarrollan habilidades clínicas que abarcan la capacidad de observación, contacto terapéutico, técnicas de enganche y alianza terapéutica, manejo del espacio y capacidad de respuesta inmediata, entre otras (UNAM, 2013).

Esto es posible verlo a través de actividades como la aplicación de entrevistas, definición de motivos de consulta, evaluación de tipos de problema, definición de objetivos terapéuticos, identificación de necesidades del sistema de acuerdo a su contexto, aplicación de metodología de los diferentes modelos terapéuticos, formulación de hipótesis, evaluación de resultados, selección de técnicas adecuadas para la intervención así como su diseño y aplicación para incidir de manera eficaz, generación de acuerdos con el consultante y la elaboración de reportes. Cabe rescatar que el contacto entre los compañeros de la maestría, así como con el supervisor de cada modelo fue constante y crucial para el desarrollo de competencias clínicas.

4.1.3 Habilidades de Investigación

Dentro del plan de estudios del programa de Maestría en Psicología, se establece como uno de los objetivos primordiales el desarrollo integral de habilidades y conocimientos necesarios para la realización de investigación aplicada en el ámbito de cada Residencia. Este objetivo responde a la necesidad de formar profesionales altamente capacitados para abordar problemáticas específicas dentro de estos campos mediante el uso de metodologías sólidas. La Residencia en Terapia Familiar propone proporcionar a los estudiantes las herramientas teóricas y prácticas necesarias para diseñar, ejecutar y analizar investigaciones que contribuyan al avance del conocimiento en áreas críticas para la psicología clínica y de la salud.

Para la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, se designa la labor académica para la comprensión de la relevancia de la investigación, así como el desarrollo de esta mediante el contexto terapéutico. El uso de una metodología cuantitativa, cualitativa o mixta perfecciona las competencias de observación, habilidades analíticas, diseño de estudios, entrevista, análisis de ejes temáticos, integración de datos, flexibilidad metodológica, desarrollo de un pensamiento crítico y finalmente es necesario ejercer una comunicación académica eficiente (UNAM, 2013). La oportunidad de generar conocimiento se convierte en una herramienta indiscutible para la ciencia.

Productos de Investigación. A continuación, se presenta una lista (Tabla 2) de los trabajos realizados durante la maestría con su respectiva metodología y sus resúmenes respectivamente.

Tabla 2*Productos de investigación*

Título	Metodología
Construcción, confiabilidad y validez de la escala de ansiedad ABEVA en adultos jóvenes	Cuantitativa
Construcción de una escala para identificar tipos de apego en adolescentes	Cuantitativa
Construcción de un sistema de registro observacional de la alianza terapéutica en la práctica clínica: SISCAAT	Mixta
Perfil de comportamiento de un terapeuta al impartir directivas	Mixta
Sistema observacional para analizar las prácticas de reestructuración en Terapia Familiar Sistémica	Mixta

Construcción, confiabilidad y validez de la escala de ansiedad ABEVA en adultos jóvenes. En colaboración con Joss Acosta Medina, Tania Gisela Arias Silva, Liliana Aneth Belmont Cortés y José Alfonso Vasconcelos Yáñez se elaboró la escala ABEVA en adultos jóvenes con la finalidad de obtener un instrumento que mida la ansiedad.

Resumen: La ansiedad es un conjunto de indicadores de malestar emocional que trae una aversión hacia los eventos futuros o que no son atribuibles a peligros reales, se ha convertido en uno de los trastornos más frecuentes en el mundo y en México, particularmente en el último año debido a la pandemia este padecimiento se ha visto exacerbado. El presente estudio es de tipo descriptivo, no experimental, de tipo transversal, tiene como propósito la construcción de una escala tipo Likert de ansiedad para adultos jóvenes de entre 18 y 30 años. Tras redactar 42 ítems, se sometieron a

jueceo por expertos y se efectuó una prueba piloto, en el cual se eliminaron algunos reactivos. Posteriormente se llevó a cabo su aplicación con el fin de someterla a los siguientes análisis: 1. Asimetría y Curtosis; 2. discriminación de reactivos mediante la prueba T; 3. KMO, y prueba de Esfericidad de Bartlett; 4. Análisis Factorial Exploratorio; 5. Análisis de fiabilidad coeficiente alfa de Cronbach de la escala total y por factor. Los resultados demostraron que la escala tiene validez y una confiabilidad de .926, por lo que se concluye que la escala de ansiedad ABEVA es apta para medir los niveles de ansiedad de acuerdo con la teoría planteada.

Construcción de una escala para identificar tipos de apego en adolescentes.

A cargo de Alma Jazmín Aguilar Correa, Magaly Martínez Montero, Valeria Montserrat Razo Garduño y Natalia Andrea Robles Garduño se desarrolló una escala en adolescentes para identificar diferentes tipos de apego.

Resumen: En este estudio se presenta la elaboración de una escala para identificar tipos de apego en adolescentes con sus figuras de apego (padres, pares y parejas). Se aplicó la escala a 109 participantes, entre 12 y 21 años por medio de un formulario electrónico de Google Forms con la finalidad de evaluar la validez y confiabilidad de dicha escala. Las respuestas de los participantes fueron sometidas a un análisis descriptivo, discriminación de los reactivos, KMO y prueba de esfericidad de Bartlett, análisis factorial exploratorio y confiabilidad de escala y por factor. En cuanto a los resultados obtenidos del análisis factorial y confiabilidad se obtuvo un Alfa de Cronbach de .387, siendo un resultado poco confiable para una escala estandarizada.

Construcción de un sistema de registro observacional de la alianza terapéutica en la práctica clínica: SISCAAT. En este trabajo contribuyeron Joss Acosta Medina, Magaly Martínez Montero y José Alfonso Vasconcelos Yáñez. Se diseñó un sistema de registro observacional con base en la variable de alianza terapéutica.

Resumen: La atención psicológica por medios digitales se ha popularizado en los últimos años, en buena medida por las restricciones impuestas durante la emergencia sanitaria por COVID 19. El paso de lo presencial a lo electrónico lleva a cuestionarse si existen cambios o diferencias en los factores como lo es la alianza terapéutica. En el presente estudio se pretende validar un sistema de observación de conductas características de la alianza terapéutica, se tomó como sujetos focales a los clientes. Fue posible conformar un catálogo conductual de ocho categorías con un índice de confiabilidad de kappa de .88. Los resultados muestran una distribución asimétrica en algunas categorías y se realizó un análisis secuencial a través una matriz de transición que se ilustra con diagramas de estado que permiten describir la conducta de la alianza terapéutica; se consideraron cuatro transiciones según su relevancia teórica y probabilidad de acuerdo con el cálculo del coeficiente estandarizado Z es decir, $Z > 1.96$ $p < .05$ para que se estimaran como estadísticamente significativas. Se aceptó la hipótesis de validez del sistema de registro. Esta investigación constituye un antecedente para futuros trabajos con el cliente como sujeto focal, así como el desarrollo de la validez de criterio del SISCAAT y la mejora de este a partir de su comparación con otros catálogos, con una población más amplia, heterogénea y en diversos contextos clínicos.

Perfil de comportamiento de un terapeuta al impartir directivas. En este proyecto participaron Liliana Aneth Belmont Cortés y Natalia Andrea Robles Garduño. Se construyó un sistema observacional basado en las directivas del modelo estratégico de Jay Haley (1989).

Resumen: las directivas son una habilidad del terapeuta en la que se dan instrucciones, se proporciona información y retroalimentación, se hacen preguntas para obtener información, se ofrece ayuda específica, se estructuran y delimitan tareas, se anima a realizarlas y se desafían las ideas del paciente. Esta investigación describe la

elaboración de un perfil de comportamiento del terapeuta al impartir directivas en un contexto de Psicoterapia Estratégica, con el fin de predecir su actuar siendo la segunda etapa de una investigación observacional, donde se realizó previamente una observación en tres grabaciones diferentes, resultando un catálogo conductual. Al obtener una confiabilidad de $K = .896$ entre observadoras se comprobó que el catálogo era confiable por lo que se continuó la investigación para elaborar el perfil de comportamiento. Los datos obtenidos fueron analizados por medio de: frecuencias (absoluta y relativa), diagrama de caja y bigote, análisis secuencial (matriz de transición y diagrama de estado) y puntaje z. Podemos concluir que todas las transiciones predominantes observadas se presentan de forma estadísticamente significativa por lo que no se deben al azar, a excepción de “Indagación” como antecedente y “Confrontación” como consecuente que obtuvo un $Z=1.45$ por lo que se obtuvo un perfil de comportamiento del terapeuta al ejercer directivas. Esto nos ofrece un acercamiento más concreto para evaluar las directivas en un contexto terapéutico.

Sistema observacional para analizar las prácticas de reestructuración en Terapia Familiar Sistémica. En este proyecto lo realizaron Alma Jazmín Aguilar Correa y Valeria Montserrat Razo Garduño. Se desarrolló un sistema observacional basado en las técnicas de reestructuración del enfoque estratégico Jay Haley (1989).

Resumen: En el presente trabajo, se realizó la construcción de un sistema observacional, pasando por las diferentes etapas para su elaboración. Se elige la técnica de reestructuración como objeto de estudio, empleada en Terapia Familiar Sistémica. Mediante una observación no disimulada se realizó la observación por un periodo de cuarenta minutos, por muestreo de eventos; por medio de videograbaciones se realizó un registro narrativo, para posteriormente realizar la elaboración de códigos estructurados, para esto fue necesario emplear el sistema de categorías por similitud sobre las

conductas observadas en la triple contingencia realizada. Se obtuvieron siete categorías, las cuales se nombraron como: movimientos de cabeza, contacto visual, diálogo, movimiento corporal, movimientos de mano, expresión facial y se integraron a la categoría de “otros”, conductas en las que no se obtuvo la suficiente frecuencia para crear otra categoría.

4.1.4 Habilidades de Difusión del Conocimiento, Atención y Prevención

La UNAM, desde su fundación su objetivo es formar profesionales capaces de contribuir significativamente al desarrollo de la sociedad. La Universidad ha asumido la responsabilidad de organizar y llevar a cabo investigaciones que aborden las condiciones y problemas nacionales de manera integral. La institución ha establecido la difusión como una de las actividades más cruciales con el fin de propagar el conocimiento y extender los conocimientos generados a través de proyectos de investigación con la sociedad. A esto, es posible sumar la importancia de la implementación de programas de atención y prevención, esto es fundamental para abordar problemáticas en salud y sociales y que impacte en la comunidad en general.

Dentro del programa de Terapia Familiar, las habilidades de prevención están orientadas hacia la elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria, identificación de procesos que ayuden a resolver o prevenir problemas familiares y grupales; el diseño de programa de educación e intervención de problemas psicosociales en el contexto familiar y comunitario (UNAM, 2013).

Se busca que las habilidades de difusión, atención y prevención que desarrollen los maestrantes en formación estén conformadas por las necesidades de la sociedad, sus problemáticas y contexto social, así como del desarrollo de investigaciones. Los medios por los cuáles es posible lograr esto es a través de la aplicación de programas de

atención y prevención. Además de generar una educación continua hubo una participación en congresos y coloquios ya que permite el intercambio de ideas, compartir el conocimiento y de experiencias con el fin de ampliar el panorama de la investigación en el área de conocimiento de la terapia familiar.

Programas de Atención y Prevención. El programa de Terapia Familiar contempla la Residencia en diferentes locaciones que se describen en el primer capítulo. Dentro de cada lugar e institución podrían surgir nuevas exigencias que pudieran ser oportunas de cubrir mediante la prevención. Tal es el caso de la Escuela Superior de Educación Física (ESEF) en el cual se detectaron casos de acoso escolar por lo que se decidió implementar un taller por nombre “Nombrar el Bullying y librarse de sus efectos”.

Este taller se impartió bajo la supervisión de la Mtra. Trejo Arteaga Ana Lilia. El objetivo del taller fue brindar psicoeducación respecto al fenómeno del Bullying y generar herramientas de convivencia a través de la empatía, respeto y trabajo en equipo para la eliminación del acoso escolar entre los alumnos de grupos seleccionados. La implementación del taller se llevó a cabo en los días 4, 11, 18 y 25 de mayo de 2023 con duración de una hora por sesión.

Se elaboró un reporte que se entregó a las autoridades escolares del plantel en el que se resumen características detalladas sobre la respuesta de los alumnos al taller, en general ésta fue positiva. Este trabajo es posible colocarlo como un antecedente para la generación de nuevos talleres que puedan abordar otras problemáticas tales como el acoso sexual, machismo, privacidad en redes sociales, asertividad, regulación emocional y entre otras. Las cartas descriptivas de este taller se presentan en el Anexo 1.

Participación en Congresos y Coloquios. Dentro de las actividades de difusión del conocimiento se realizaron diversas participaciones personales descritas a continuación:

La primera de ellas fue como participantes durante el XV Congreso de Posgrado en Psicología UNAM el 29 y 30 de noviembre de 2021 de manera virtual. El siguiente como participante fue en el 2° Congreso Latinoamericano sobre Feminismo, Género y Derechos Humanos de las Mujeres el 25 y 26 de agosto de 2022 realizado en San Felipe del Progreso, Estado de México.

Se participó como ponente en presentación oral en el XII Congreso Estudiantil y VII Congreso Internacional de Psicología el 26, 27 y 28 de octubre de 2022 de manera virtual, se expuso el trabajo *Construcción, confiabilidad y validez de la escala de ansiedad ABEVA en adultos jóvenes*, a cargo de José Alfonso Vasconcelos Yáñez y Luz María Flores Herrera. Posteriormente, se presentó como ponente en modalidad cartel en el XVI Congreso de Posgrado en Psicología UNAM el 23 y 24 de enero de 2023 en la Ciudad de México, con el proyecto *Un caso de ansiedad visto desde el Modelo de Terapia Breve del MRI*, a nombre de Vasconcelos Yáñez José Alfonso y Vargas Avalos Pedro.

Finalmente, se participó como asistente en el Seminario “El Arte de la Persuasión: Crear Nuevas Realidades a Través de la Palabra” impartido por el Profesor Giorgio Nardone llevado a cabo en la Ciudad de México el 12 de mayo de 2023. Particularmente, este coloquio se enfocó en la persuasión como una herramienta terapéutica, el profesor Nardone resaltó aspectos importantes de la persuasión como un arte desde elementos de la filosofía, ciencia e incluso mitología. La presentación de Nardone fungió como una oportunidad de promover en los asistentes el desarrollo de esta habilidad, incluso a través del modelamiento para el ejercicio de la terapia breve estratégica (Nardone, 2007).

4.1.5 Habilidades de Compromiso y Ética Profesional

La formación durante la Residencia asume la guía para plasmarse en la cotidianeidad. Es importante reconocer los posicionamientos propios del maestrante y de

los interlocutores, ya sean consultantes, alumnos, colegas o supervisores, que sostienen una postura ética. Las posiciones son el lugar desde el cual nos ubicamos en los diferentes discursos con dichos interlocutores, con los que favorecen cierto tipo de relaciones en contextos específicos (Reséndiz, 2023). Dentro del contexto clínico, la singularidad de cada encuentro, de cada persona, situación y de cada relación es lo que nos condiciona y nos orienta en nuestro actuar ético y nos recuerda la importancia de visibilizar desde dónde decimos lo que decimos o pensamos lo que pensamos (Reséndiz, 2022).

El programa de posgrado hace hincapié en que se desarrollen los valores y actitudes en la persona del terapeuta a través del compromiso personal y social; dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los consultantes; mostrar el respeto hacia diferentes enfoques, disciplinas, instituciones y colegas; ser sensible a las necesidades de la comunidad y responder de manera profesional; mantener actualizadas las habilidades profesionales y analizar con sinceridad el trabajo terapéutico siempre apegándose a las normas de ética profesional (UNAM, 2013).

Al igual que dentro del ejercicio clínico, dentro del área de investigación, es imprescindible apegarse a un código ético que permita ser empáticos hacia las exigencias de la población. Al maestrante se le dota de habilidades para crear contribuciones para expandir el conocimiento y que pueda utilizarse para crear intervenciones provechosas para responder a dichas exigencias de manera profesional y comprometida. Tras el trabajo de cualquier investigación, análisis o supervisión, se debe garantizar un adecuado manejo de datos, confidencialidad y seguridad, ya que toda información sensible es necesario manejarla con ética para su adecuado uso.

A lo largo de la maestría, se fomenta la reflexión crítica sobre cuestiones éticas inherentes a la práctica terapéutica, promoviendo una toma de decisiones informada y éticamente fundamentada. Los terapeutas en formación son guiados en el análisis de situaciones complejas, donde se integran principios éticos con la sensibilidad cultural y la diversidad de los sistemas familiares. Además, se enfatiza la importancia de la conciencia social y el compromiso comunitario, incentivando a los terapeutas a considerar el impacto más amplio de su trabajo en contextos sociales y a abordar las desigualdades presentes en la sociedad. La residencia no solo se centra en la excelencia técnica, sino también en la formación de profesionales éticos y socialmente comprometidos, preparados para abordar las complejidades de la terapia familiar con un enfoque ético y sensibilidad hacia las realidades sociales.

4.2. Reflexión y Análisis de la Experiencia

De manera personal, mi experiencia en la Maestría en Terapia Familiar en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM fue una etapa de formación integral que dejó aprendizajes valiosos en mi desarrollo como terapeuta y como individuo. A lo largo de este proceso, tuve el privilegio de adentrarme en teorías y prácticas avanzadas que han ampliado mi comprensión del pensamiento sistémico y mi capacidad para intervenir de manera efectiva. La diversidad de enfoques terapéuticos y la integración de casos prácticos me desafiaron a cuestionar y expandir mis propias creencias y suposiciones, generando una base sólida y adaptable para abordar una variedad de situaciones clínicas que la sociedad demanda.

Además de la riqueza académica, la maestría ha destacado por su énfasis en el desarrollo personal y ético. La reflexión constante sobre mis valores y la sensibilidad cultural han sido elementos cruciales que me han permitido explorar mis propios prejuicios y mejorar mi capacidad para trabajar de manera inclusiva. El compromiso social ha sido

una parte intrínseca de mi formación, impulsándome a considerar el impacto de mi trabajo en las comunidades y a abogar por la equidad en el acceso a la terapia familiar, esto es visto a través de la presencia de la práctica clínica en diversas instituciones con diferentes poblaciones.

Las experiencias prácticas y las supervisiones clínicas fueron piezas clave en mi desarrollo, otorgándome la oportunidad de aplicar las teorías aprendidas en un entorno supervisado y recibir retroalimentación constructiva junto con compañeras en formación. La interacción con mis compañeras de clase, que provienen de diversas trayectorias profesionales, fue enriquecedora y contribuyó a mi comprensión global de la terapia familiar. Gracias a la formación de un equipo terapéutico sólido fue posible un desenvolvimiento óptimo que es posible apreciar a lo largo de los semestres escolares.

En retrospectiva, desde el registro para concursar en un posgrado hasta la conclusión de este a través de este escrito ha sido desafiante, reflexivo y profundamente gratificante. A medida que me embarco en mi profesión como terapeuta familiar, estoy agradecido por la sólida base teórica, la profundización metodológica, las habilidades clínicas afiladas, las competencias en el desarrollo de investigación y la conciencia ética que he adquirido durante este viaje formativo.

4.3. Implicaciones en la Persona del Terapeuta y el Campo Profesional

El convertirse en terapeuta desde el enfoque sistémico, independientemente del modelo, implica una responsabilidad que se construye a partir de diversos elementos tales como la formación académica, en investigación y atención; no obstante, resalta una más que es considerar desde un punto de vista experiencial, contextual y mi situación personal. La formación busca considerar alternativas para construir una identidad en donde me coloca como un terapeuta para fomentar un espacio de autorreflexividad.

De manera personal, la inmersión en este programa me ha llevado a una exploración más profunda de mi propio contexto y situación personal. La reflexión continua sobre mis experiencias familiares y sociales que yace sobre un autoanálisis en mi capacidad de separar experiencias personales de mi rol como terapeuta, lo que me permite ofrecer un espacio más objetivo y comprensivo a toda aquella persona, familia o pareja con las que se trabajó. Situar a la persona se vuelve entonces una posibilidad recíproca en la que el terapeuta y consultantes pueden ubicarse, mirar desde el lugar desde el cual parten sus diferentes discursos, desde el cual su experiencia los acerca o aleja en el contexto de la terapia, desde nuestras relaciones más íntimas e incluso diálogos internos (Lini y Bertrando, 2018).

En el ámbito profesional, la formación también me ha dado un conjunto de conocimientos teóricos y habilidades clínicas. Es imposible negar la trayectoria de la que provengo pues mi desarrollo profesional está basado en el modelo cognitivo-conductual. De acuerdo con Boscolo y Bertrando (1996), lo *no dicho* implica aquello que el terapeuta utiliza en su quehacer, pero que no necesariamente remiten a una teoría de referencia, sino que, a elementos con los que cuenta el terapeuta y que pueden atribuirse a otros modelos. En este caso, el bagaje teórico del modelo cognitivo-conductual se convierte en un antecedente importante para la conformación de mi persona del terapeuta junto con los conocimientos, competencias y habilidades otorgadas por la maestría.

Tras concluir esta etapa de mi desarrollo profesional, reconozco que mi viaje en la Residencia no solo ha impactado mi desarrollo profesional, sino que también ha enriquecido mi comprensión de mí mismo y de mi papel en el mundo como un agente de cambio ante las necesidades sociales desde mi responsabilidad del ser terapeuta. La capacidad de integrar mi experiencia personal y mi contexto cultural en mi práctica

terapéutica me equipa para ser un terapeuta más reflexivo, consciente y siempre listo para abordar las complejidades desde una perspectiva empática.

Referencias

- Acosta-Pérez, P., y Cisneros-Bedón, J. (2019). El Fantasma del Acoso Escolar en las Unidades Educativas Particulares de la ciudad de Ambato. *CienciAmérica*, 8(1), 1-16. <https://doi.org/10.33210/ca.v8i1.207>
- Aiguabella, A. K., Sastre, L. S., Arnal, G. D., y Schlanger, K. (2018). Terapia Breve-Resolución de Problemas/MRI y Terapia Cognitivo-Conductual. Una Comparación Sucinta de Modelos. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 273-286. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6527202>
- Alduenda, A., Mercado, M., y López, F. (2019). Evaluación de los servicios de salud mental en México: una necesidad impostergable. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 6(3), 56-60. <http://reibci.org/publicados/2019/jun/3500101.pdf>
- Álvarez Domínguez, P., y Ayala Gómez, M. M. (14 de septiembre de 2020). Clínica Tamaulipas, escenario formativo y unidad de atención de primer nivel. *Gaceta Zaragoza*, págs. 3-4. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/gaceta_zaragoza/numeros/135/gaceta_zaragoza_135.pdf
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. México: Manual Moderno.
- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades Un enfoque posmoderno de la terapia*. Amorrortu.
- Ayuntamiento de Nezahualcóyotl. (22 de Septiembre de 2023). *Direcciones: Ayuntamiento de Nezahualcóyotl*. Instituto de la Mujer: https://www.neza.gob.mx/direcciones_2022-2024/instituto_mujer.php
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., y Weakland, J. (1956). Hacia una teoría de la esquizofrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 231-256.
- Benitez, A., y Caballero, M. C. (2017). Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y función familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 221-231. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.11>
- Bernstein, R., Brown, E., y Ferreir, M.-J. (1984). A model for collaborative team processing in brief systemic family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(2), 151-156.
- Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar*. Paidós.
- Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Herder.
- Bonilla-Landaverry, G. A. (2020). La migración guatemalteca hacia los Estados Unidos y su costo social. *Ciencias Sociales Y Humanidades*, 7(1), 51-63. <https://doi.org/10.36829/63CHS.v7i1.959>
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Paidós.
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (2008). *Terapia Sistémica Individual*. Amorrortu.
- Castañeda, I., y Díaz, Z. (2020). Desigualdad social y género. *Revista cubana de la salud*, 46(4), 1-19. <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n4/e1991/es>

- Contreras Tinoco, K., y Hernández González, E. (2019). Redes de apoyo familiares y feminización del cuidado de jóvenes estudiantes universitarios. *Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 30(1), 54-67. <https://raco.cat/index.php/Redes/article/view/358924>
- De Shazer, S., y Molnar, A. (1984). Changing Teams/changing families. *Family Process*, 23(4), 481-486.
- Del Río Portilla, I. Y. (2006). Estrés y sueño. *Revista mexicana de neurociencia*, 7(1), 15-20. <http://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2014/06/Nm061-03.pdf>
- Desatnik, O., Franklin, A., y Rubli, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión. *Psicoterapia y Familia*, 15(1), 47-56.
- Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Medina-Mora, M. E., Berenzon-Gorn, S., Robles-García, R., y Madrigal-de León, E. (2022). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud pública Méx*, 62(1), 72-79. <https://doi.org/10.21149/10323>
- Díaz-Kuaik, I., y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Espinosa Salcido, M. R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En L. Eguiluz, *Terapia Familiar Su uso hoy en día* (págs. 116-138). Pax.
- Fisch, R., y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes*. Herder.
- Fisch, R., Ray, W., y Schlanger, K. (2009). *Focused problem resolution - Selected papers of the MRI Brief Therapy Center*. (R. Fisch, W. Ray, y K. Schlanger, Edits.) Tucker y Theisan.
- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia*. Herder.
- Fundación Bringas-Haghenbeck IAP. (2015). *Programas y servicios*. San Lorenzo Centro Comunitario: <https://centrosanlorenzofh.wixsite.com/centrosanlorenzo/programas-servicios>
- Gallant, J., y Thyer, B. (1989). The "Bug-in-the-Ear" in Clinical Supervision. *The Clinical Supervisor*, 7(2-3), 43-58. https://doi.org/10.1300/J001v07n02_04
- Gimeno Brugarola, M. (2021). *Creación de la alianza terapéutica en pacientes drogodependientes en terapia de grupo online y presencial: un análisis cualitativo*. Tesis de Maestría Facultat de Psicologia. Universitat Ramon Llull.
- Gobierno de México. (16 de Agosto de 2022). *Dirección General de Educación Normal y Actualización del Magisterio*. Escuela Superior de Educación Física: <https://www.aefcm.gob.mx/dgenam/ESEF/>
- Gobierno del Estado de México. (11 de Abril de 2024). *Desarrollo Integral de la Familia Nezahualcóyotl*. URIS: <https://www.dif.neza.gob.mx/uris.php>
- González Montoya, C. S. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En L. Eguiluz, *Terapia familiar su uso hoy en día* (págs. 29-48). Pax.

- Gutiérrez, J. P., Heredia-Pi, I., Hernández-Serrato, M. I., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Torres-Pereda, y Reyes-Morales, H. (2021). Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *Salud pública Méx*, 61, 726-733. <https://doi.org/10.21149/10561>
- Haley, J. (1983). *Terapia estratégica*. Amorrotu.
- Heims, S. (1991). *The Cybernetics Group*. The MIT Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.7551/mitpress/2260.001.0001>
- Herrera-Hugo, B. d., Cárdenas-Lata, B. J., Tapia-Segarra, J. I., y Calderón-Bustamante, K. N. (2021). Violencia intrafamiliar en tiempos de Covid-19: Una mirada actual. *Polo del conocimiento*, 6(2), 1027-1038. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i2.2334>
- Hoffman, L. (2011). *Fundamentos de la Terapia Familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de Cultura Económica.
- Irepan Hacha, J., y López Paniagua, R. (2021). Impacto de la pandemia COVID-19 en la educación en México: Desigualdad y abandono escolar. *Ethos educativo*(56), 161-165. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78582020000200075yscript=sci_arttext
- Jackson, D. (1957). El problema de la homeostasis de la familia. En D. Jackson, *Comunicación familia y matrimonio* (pág. 16). Psicología Contemporánea.
- Jurado, S. (2017). *Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida: Manual para aplicación y calificación*. México: Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kadieva, V., y Williams, D. (2022). Finding the Supervision Key of Therapists' Progress. *The American Journal of Family Therapy*, 51(1), 21-36. <https://doi.org/10.1080/01926187.2022.2124205>
- Keeney, B. (1991). *La estética del cambio*. Paidós.
- Letsinger, R., y Schlanger, K. (2019). Mental Research Institute. En M. Simic, I. Eisle, J. Lebow, A. Chambers, y D. Breunlin, *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (págs. 1864-1867). Springer.
- Lini, C., y Bertrando, P. (2018). Situar-se: posicionamiento y emociones en terapia sistémica. *Terapia Familiare*, 117, 9-27.
- Lowe, R., Hunt, C., y Simmons, P. (2008). Towards Multi-positioned Live Supervision in Family. *Contemporary Family Therapy*, 30, 3-14. <https://doi.org/10.1007/s10591-007-9052-0>
- Luis Quintana, C. S., Mendoza, M. Á., y Valdivia, M. (2020). Distribución del ingreso laboral y la pobreza en México. *El trimestre económico*, LXXXVII (4)(348), 929-962. <https://doi.org/10.20430/ete.v87i348.1148>
- Maaß, U., Kühne, F., Poltz, N., Lorenz, A., Ay-Bryson, D. S., y Weck, F. (2022). Live supervision in psychotherapy training—A systematic review. *Training and Education in Professional Psychology*, 16(2), 130-142. <https://doi.org/10.1037/tep0000390>
- Madanés, C. (2007). *Terapia familiar estratégica*. Amorrotu.
- Maldonado Ramírez, J. (2020). Sentir la discapacidad en tiempos neoliberales: optimismo cruel y fracaso. *Nómadas*(52), 45-59. <https://doi.org/10.30578/nomadas.n52a3>

- Martínez-Licerio, K. A., Marroquín-Arreola, J., y Ríos-Bolívar, H. (2019). Precarización laboral y pobreza en México. *Análisis económico*, XXXIV(86), 113-131. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-66552019000200113
- Martínez-Martínez, O. A., y Vega Torres, M. E. (2019). La marginación social y la perspectiva de la educación privada en México. Un estudio cualitativo. *Revista de Sociología*, 34(2), 20-33. <https://doi.org/10.5354/0719-529X.2019.51272>
- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Del Carmen, M., Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J., y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la encuesta mundial de salud mental. En P. O. Salud, *Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe* (págs. 79-89). Washington D.C.: OPS.
- Mendoza Romero, J. (2017). *La metáfora y un modelo teórico de la psicología clínica: modelo de terapia breve del MRI*. Tesis de Licenciatura Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Minuchin, S., y Fishman, C. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Monroy, C. A. (13 de Abril de 2015). *Prevalencia y tendencia de los principales trastornos mentales en la Ciudad de México; Análisis de datos del 2002 al 2014*. Actualidad Clínica en Psicología: <https://actualidadclinica.wordpress.com/2015/04/13/prevalencia-y-tendencia-de-los-principales-trastornos-mentales-en-la-ciudad-de-mexico-analisis-de-datos-del-2002-al-2014/>
- Montero, I., y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127.
- Morales Hernández, A. (2020). Centralización de información, falta de datos y compras sin licitaciones: problemáticas en la cobertura de la pandemia en Latinoamérica. *Revista Mexicana de comunicación*(145), 1-5. http://mexicanadecomunicacion.com.mx/wp-content/uploads/2021/08/no145_rese%C3%B1a_morales_centralizaci%C3%B3n_informaci%C3%B3n.pdf
- Nardone, G. (2007). *Miedo, pánico, fobias La terapia breve*. Herder.
- Nichols, M. P., y Davis, S. (2020). *Family Therapy Concepts and Methods*. Pearson.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y ansiedad tiene un rendimiento de 400%*. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Parsons, T. (2013). *The social system*. Routledge.
- Peñaherrera Aguirre, E. (2021). *Efectividad de la terapia familiar sistémica en estados de ansiedad*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica de Ecuador.
- Pérez Alejo, J. C., y Ortiz Montalvo, V. H. (2022). Salud mental en México, un desafío de salud pública. *Milenaria, Ciencia Y Arte*, 19, 6-8. <http://www.milenaria.umich.mx/ojs/index.php/milenaria/article/view/242>

- Ray, W., y Watzlawick, P. (2006). El enfoque interaccional. En A. Roizblatt (Ed.), *Terapia familiar y de pareja* (págs. 191-208). Mediterráneo.
- Reiter, M., y Ray, W. (2014). Brief Therapy: Mental Research Institute. En M. Reiter, *Case Conceptualization In Family Therapy* (págs. 105-125). Pearson.
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milán: 1969-2009. *Psicoterapia y Familia*, 23(1), 30-39.
- Reséndiz, G. (2022). *Posicionamientos del supervisor en la supervisión sistémica en equipos de terapeutas en formación del Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia*. Tesis doctoral. Instituto Regional de Estudios de la Familia.
- Reséndiz, G. (2023). Visiones y posicionamientos para una práctica ética de la psicoterapia. En G. Reséndiz, *Psicoterapia sistémico-relacional voces y prácticas contemporáneas* (págs. 21-38). Gedisa.
- Rivas-Rivero, E., y Bonilla-Algovia, E. (2020). Salud mental y miedo a la separación en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 11(1), 54-67. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.035>
- Rosser, A. M., Villegas Castrillo, E., y Suriá Martínez, R. (2013). *Intervención con menores expuestos a violencia de género guía para profesionales*. Universidad de Alicante.
- Rubio Campos, J., Chávez Elorza, M. G., y Rodríguez Ramírez, H. (2017). Significados, causas y efectos de la violencia social entre la juventud en Monterrey, Nuevo León, México. *Sociedad y economía*, 32, 85-106. <http://ricaxcan.uaz.edu.mx/jspui/handle/20.500.11845/1796>
- Ruiz-Ramírez, L. R., García-Vargas, M. d., Molina-Ruiz, H. D., y Reyes-Ruiz, G. (2021). Factores que inciden en la deserción escolar. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 8(15), 1-5. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/issue/archive>
- Sastre, L. S., Aiguabella, A. K., Arnal, G. D., y Schlanger, K. (2019). Terapia breve y trauma complejo a través de un caso clínico en el Centro de Terapia Breve del Mental Research Institute. *Apuntes de Psicología*, 36(3), 173-180. <https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/748>
- Schlanger, K. (2021). Bases teóricas que sustentan los capítulos siguientes. En K. Schlanger, *Como sobrevivir a la crianza de los hijos* (págs. 25-36). Herder.
- Schlanger, K. (2022). *La verdadera e inédita historia del MRI y el Brief Therapy Center antes y ahora*. Brief Therapy Center: <https://www.brieftherapycenter.org/es/la-verdadera-e-inedita-historia-del-mri-y-el-brief-therapy-center-btc-antes-y-ahora/>
- Schlanger, K., Pascual Sánchez, A., Díaz Arnal, G., y Torralba Viorreta, R. (2019). MRI/Problem-Solving Brief Therapy: The Evolution of the Model as Illustrated in the Case of an Adolescent Girl That Proves Difficult for the Therapist. *Journal of Systemic Therapies*, 38(2), 47-63. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2019.38.2.47>
- Schlanger, K., Soler, A., y Bott, I. (2018). Terapia de pareja con sólo una persona: un caso del Brief Therapy Center, MRI. *Mosaico: revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 71, 12-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6862180>
- Schlanger, K., Viorreta, R. T., Arnal, G. D., y Sánchez, A. P. (2020). 'My Child is Anxious Because We Might Get Deported': Brief Therapy from MRI with an Immigrant

- Family in the United States. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 41(4), 355-366. <https://doi.org/10.1002/anzf.1429>
- Secretaría de Educación Pública. (22 de junio de 2020). *Boletín No. 167 Trabaja SEP para mitigar la deserción y el abandono escolar ante la pandemia por el COVID-19*. Blog. Publicaciones recientes: <https://www.gob.mx/sep/articulos/boletin-no-167-trabaja-sep-para-mitigar-la-desercion-y-el-abandono-escolar-ante-la-pandemia-por-el-covid-19?idiom=es#:~:text=Inform%C3%B3%20que%20en%20el%20ciclo,escolar%20tambi%C3%A9n%20crece%20con%20ellos>.
- Secretaría de Salud. (2022). *Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral*. Dirección general de epidemiología. <https://doi.org/https://coronavirus.gob.mx/vigilancia-epidemiologica/>
- Segal, L. (1991). Brief therapy: The MRI approach. En A. Gurman, y D. Kniskern, *Handbook of family therapy* (Vol. 2) (págs. 171-199). Brunner/Mazel.
- Sluzki, C., y Ransom, D. (1976). *Double Bind: The Foundation of the Communicational Approach to the Family*. Grune y Straton.
- Sociedad Mexicana de, P. (2010). *Código de Ética del Psicólogo Mexicano*. México: Trillas.
- Solís, P., y Güemez, B. (2021). Características étnico-raciales y desigualdad de oportunidades económicas en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 36(1), 255-289. <https://doi.org/10.24201/edu.v36i1.2078>
- Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., y Pahua Díaz, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(6), 8-22. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422016000600008yscript=sci_arttext
- Styczynski, L., y Greenberg, L. (2008). Supervision of Couples and Family Therapy. En A. Hess, K. Hess, y T. Hess, *Psychotherapy supervision* (págs. 179-199). Wiley.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2013). *Oferta académica: Maestría en Psicología*. Residencia en Terapia Familiar: <https://psicologia.posgrado.unam.mx/residencia-entherapie-familiar/>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2013). *Perfil de Egreso Terapia Familiar*. Residencia en Terapia Familiar: <https://psicologia.posgrado.unam.mx/perfil-de-egreso-terapia-familiar/>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (15 de noviembre de 2021). *Clínica Universitaria Para la Atención a la Salud Tamaulipas*. <https://www.zaragoza.unam.mx/clinica-universitaria-para-la-atencion-a-la-salud-tamaulipas/>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (3 de noviembre de 2022). *Orientación Educativa, Tutoría y Becas*. COFIE: <https://www.zaragoza.unam.mx/tutorias/>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (21 de diciembre de 2022). *Reanudó la UNAM sus actividades presenciales*. Boletín UNAM-DGCS-1057 : https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2022_1057.html

- Vargas Avalos, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguiluz, *Terapia Familiar Su uso hoy en día* (págs. 1-28). Pax.
- Vargas Núñez, B., López Parra, M., y Cortes Martínez, E. (2017). Violencia y atribución del conflicto, en las relaciones de pareja. *Vertientes*, 20(2), 20-28.
<http://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/67166>
- Velázquez-Cigarroa, E., y Tello-García, E. (2021). Prospección del sistema educativo mexicano a partir de las experiencias aprendidas por el COVID-19. *Revista Electrónica en Educación y Pedagogía*, 5(8), 145-157.
<https://doi.org/10.15658/rev.electron.educ.pedagog21.04050810>
- Von Bertalanffy, L. (1993). *Teoría General de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica.
- Watzlawick, P., Bavelas, J., y Jackson, D. (2011). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1992). *Cambio*. Herder.
- Weakland, J. (1999). Terapia Sistémica Individual. En G. Nardone, y P. Watzlawick, *Terapia breve: filosofía y arte* (págs. 97-120). Herder.
- Weakland, J., y Haley, J. (1985). Remembering Erickson: A dialogue between Jay Haley and John Weakland. En J. Zeig, *Ericksonian psychotherapy* (págs. 585-604). Brunner/Mazel.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., y Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13(2), 141-168.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x>
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- Wittezaele, J.-J., y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto: Historia y evolución de las ideas esenciales*. Herder.
- Zúñiga, V. (2015). Niños y adolescentes separados de sus familias por la migración internacional: el caso de cuatro estados de México. *Estudios sociológicos*, 33(97), 145-168. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-64422015000100145yscript=sci_arttext

Anexos

Anexo 1. Carta Descriptiva del Taller de Bullying

Objetivo General:

Brindar psicoeducación respecto al fenómeno del Bullying y generar herramientas de convivencia a través de la empatía, respeto y trabajo en equipo para la eliminación del acoso escolar entre los alumnos de grupos seleccionados.

Objetivos específicos:

- Generar un ambiente de confianza, rapport y empatía con los participantes.
- Enseñar a los participantes cómo identificar el acoso escolar.
- Enseñar a los estudiantes los beneficios que trae el poder entender el acoso escolar y cómo prevenirlo.
- Que los participantes identifiquen alternativas para combatir el acoso escolar.
- Brindar técnicas para manejar el acoso escolar dentro del salón de clases.

Fechas: 4, 11, 18 y 25 de mayo de 2023.

Duración: Una hora para cada grupo (de 08:00 a 9:00).

Actividad	Objetivo	Procedimiento
Bienvenida, presentación y dinámica de integración	Abrir un espacio de libre expresión a través de la presentación del equipo de psicología.	Se dará la bienvenida a los alumnos del grupo y se explicarán las generalidades del taller.

Integración - Lancha, barco, barca, crucero y trajinera	Integrar equipos para poder trabajar durante el taller	Uno de los facilitadores dará las instrucciones a todo el grupo. Abrirán el espacio del salón y se dispersarán en él, el facilitador indicará que los alumnos se tendrán que juntar con los primeros que vean entre ellos al escuchar lancha, bote, barca, crucero o trajinera tendrán que armarlo abrazándose sin soltarse. Lancha: 3 personas Barca: 6 personas Barco: 10 personas Crucero: 20 personas Trajinera: todos Los que no logren unirse a una lancha o barco, se sumarán en la siguiente ronda para seguir integrándose. Finalmente, se pedirá un barco para que queden conformados equipos de 6 personas.
Buzón Anónimo	Fomentar la libre expresión a través de la seguridad que puede dejar un buzón anónimo sin miedo a repercusiones por denunciar.	Los estudiantes y facilitadores escribirán en un ¼ de papel, una situación que hayan vivido de acoso escolar y/o violencia presente dentro del grupo, sin escribir su nombre. Tras escribirlo, lo depositarán en un buzón anónimo. No hay límite de papeles que puedan depositar en el buzón anónimo. Ejemplos: “Me han jalado el cabello” “Me han hecho ley del hielo” “Me insultan” “Me han pegado” “Me esconden mis cosas” “Me ponen apodos”

		“Me han tomado fotos sin mi consentimiento”. Una vez que todos hayan puesto al menos un papel en el buzón anónimo se procederá a la siguiente actividad.
Da un paso al frente	Hacer visible las acciones de manera general de bullying que se han hecho presentes en el grupo.	Los participantes harán una línea horizontal a la misma altura, hombro con hombro. Los facilitadores sacarán algunos de los papelitos del buzón anónimo y lo leerán en voz alta. Cada alumno dará un paso al frente sin voltear a los lados, si le ha ocurrido alguna de las acciones que se reportaron en el buzón anónimo. Para finalizar, se les pedirá a todos que volteen a sus lados para poder alcanzar a ver quiénes son los que han pasado por alguno de los reportes del buzón anónimo y hacer visible hasta donde se ha avanzado.
Cierre y reflexión	Concluir las actividades del día y promover que los alumnos se lleven el deseo de aplicar lo aprendido.	Se les pedirá a los estudiantes que realicen un círculo mientras están parados viéndose de frente y se le pedirá voluntariamente a alguien que pueda decir en voz alta: ¿Cómo se sintió con las actividades? ¿Qué puede hacer cuando vea que alguien está haciendo daño a otra persona? ¿Qué le diría a alguien que está pasando por bullying? ¿Qué le diría esa persona? ¿Qué podría hacer diferente de ahora en adelante con sus compañeros?