



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

**DE LOS CELOS A LA LIBERTAD: ESTUDIO DE CASO DESDE LA TERAPIA  
CENTRADA EN SOLUCIONES**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS**

**PRESENTA:**

**CÉSAR ALEJANDRO PLIEGO ROSAS**

**DIRECTORA:**

**MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DR. ARIAGOR MANUEL ALMANZA AVENDAÑO  
UNIDAD ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL Y CIENCIAS PARA EL DESARROLLO  
HUMANO, UNIVERIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS**

**MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**México D.F.**

**Abril 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*¡A Ti! que con Amor Eterno*

*me has amado,*

*que con suaves caricias*

*me has guiado,*

*por quien vivo, soy y existo.*

## **Agradecimientos**

A mis padres: gracias por su cariño y apoyo incondicional, por estar siempre cuando lo necesito, por su esfuerzo y entrega que han formado un ejemplo de vida para mí, por desde el principio decirme SI.

A mi hermano: por la risa y alegría que provocas en mí, que a tu manera y con tus bromas me haces experimentar que soy importante para ti (en verdad reconsidera mi propuesta).

A Paulina: por estar presente en este momento de mi vida, por ser confidente y receptora de mis alegrías, conquistas, tristezas, frustraciones y terquedades. Gracias por tu cariño, por aceptarme y comprenderme, tu sonrisa y tu mirada fueron vitales en mis días difíciles.

A mis amigos: que con sus acciones me dieron ánimos para continuar con este trabajo que sin temor a equivocarme deseábamos evitar.

A mi directora, comité y supervisora de especialización: por aceptar estar presentes en este proyecto importante en mi vida, por sus enseñanzas, aportaciones y correcciones.

A todos los que colaboraron e hicieron la diferencia en este proceso con sus palabras de aliento y pequeñas acciones, por su escucha y paciencia, de quienes guardo con sumo cariño algo de sí.

## Índice

RESUMEN 6

INTRODUCCIÓN 7

### CAPITULO 1. EL ESCENARIO CLÍNICO

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA .....	11
PROCEDIMIENTO REALIZADO DENTRO DEL CSP .....	15
TRABAJO TERAPÉUTICO Y DE SUPERVISIÓN DENTRO DE LA ESPECIALIZACIÓN .....	18

### CAPÍTULO 2. “EL MONSTRUO DE OJOS VERDES” Y LA SEPARACIÓN DE LA PERSONA AMADA

CELOS .....	20
DUELO EN LA PAREJA .....	22
ETAPAS DEL DUELO .....	24
ALGUNAS ESTRATEGIAS PARA ELABORAR LA PÉRDIDA .....	28

### CAPITULO 3. MODELO DE TERAPIA ORIENTADO A LAS SOLUCIONES

ANTECEDENTES.....	31
NOCIONES FUNDAMENTALES .....	34
CONCEPCIÓN DE PROBLEMA .....	39
CONCEPCIÓN DE TERAPIA .....	40
FUNCIÓN DEL TERAPEUTA .....	42
FASES DE LAS SESIONES Y PROCESO DE INTERVENCIÓN .....	44
TÉCNICAS PRINCIPALES .....	47
UTILIZACIÓN DEL ENFOQUE .....	49

### CAPÍTULO 4. MÉTODO

EL ESTUDIO DE CASO .....	52
JUSTIFICACIÓN .....	56
TIPO DE ESTUDIO.....	57
OBJETIVO GENERAL.....	58
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	58
HIPÓTESIS SOBRE EL CASO.....	58
PROCEDIMIENTO.....	58

### CAPÍTULO 5. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO .....	60
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO .....	62
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS .....	76

### CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN 79

COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS.....	82
ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL PUEP .....	82
CONCLUSIONES .....	84

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES .....	85
<b>REFERENCIAS</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO</b>	<b>99</b>

## **RESUMEN**

El presente trabajo muestra el proceso terapéutico de uno de los casos atendido dentro del Centros de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (UNAM), mismo que fue abordado desde la Terapia Breve Centrada en Soluciones (de Shazer, 1989) cuyo motivo de consulta comenzó por los celos, pasó por el duelo y concluyó con la sensación de libertad expresada por el cliente. El terapeuta que asume este modelo permite que el cliente identifique las excepciones a su problema y sondea qué es lo diferente en dichas ocasiones para colaborar con él y poder dirigirse hacia el futuro deseado, trayendo a la conciencia los pequeños logros y sus consecuentes repeticiones de lo que se puede lograr cuando el problema no está presente o no es tan grave. Se realizaron 8 sesiones en total y se evaluaron los resultados mediante los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, administrados antes y después del tratamiento, asimismo, se realizó un seguimiento a 4 meses. A partir de este trabajo se propuso identificar las ventajas de emplear el modelo centrado en Soluciones como una alternativa a tomar en cuenta dentro del Programa Único de Especializaciones en Psicología, ya que su propuesta de intervención es breve, flexible y eficiente dado el protocolo de la supervisión que incluye el equipo terapéutico.

Palabras clave: Estudio de caso, Terapia Breve Centrada en Soluciones, celos, duelo, pareja.

## ABSTRACT

This study shows the therapeutic process of one case treated in the Psychological Services Center Dr. Guillermo Dávila (UNAM) within the approach of the Solution Focused Brief Therapy (de Shazer, 1989). The reason for consultation began with feelings of jealousy, and concluded with the feeling of freedom expressed by the customer. The therapist who employed this model allowed the customer to identify the exceptions of his problem and what was different on such occasions to collaborate with him and to go towards the desired future, bringing to consciousness gains and consequent repetition of what that can be achieved when the problem has not appeared yet or is not so serious. The process took place in 8 sessions and to evaluate the results a pre-post evaluation was performed using the Beck Anxiety and Depression Inventories, as well as a monitoring 4 months after the treatment was concluded. This study was aimed to present the advantages of a model focused on solutions as an alternative to take into account because it is short, flexible and uses an efficient protocol given supervision, which includes the consultation team.

Keywords: Case study, Solution Focused Brief Therapy, jealousy, grief, couples.



## INTRODUCCIÓN

En el año 2008, la Facultad de Psicología aprobó el Programa Único de Especializaciones en Psicología (PUEP). Esta propuesta busca articular los conocimientos teórico-metodológicos y experiencias prácticas para adquirir competencias profesionales a través del aprendizaje.

Uno de los escenarios que tiene como función la formación clínica aplicada para los alumnos de la Facultad de Psicología es el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. Sede que brinda docencia, servicio e investigación por medio de la atención psicológica supervisada a la comunidad en general.

Así, el PUEP planteó 14 especializaciones derivadas de seis campos de conocimiento y de esta manera surge la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos situada dentro del campo de la Psicología Clínica y de la Salud.

La Especialización cuenta con materias teórico-prácticas que permitirán al alumno poseer *“los conocimientos, procedimientos, habilidades, actitudes y valores para comprender, diagnosticar e intervenir en la satisfacción de necesidades y la solución de problemas del campo clínico en escenarios diversos, complejos y cambiantes”* (Facultad de Psicología, 2008; pp 87).

Esta Especialización busca *“diseñar y desarrollar programas de Intervención en adultos y grupos, evaluar antes, durante el proceso y después de una intervención clínica; realizar investigación cuantitativa y cualitativa en esta área, difundir y comunicar el trabajo clínico desarrollado; todo ello en los niveles de atención individual, familiar o grupal, tanto en el ámbito privado como institucional y comunitario”* (Facultad de Psicología, 2008; pp. 85).

Los modelos de intervención clínica en adultos y grupos comprenden un segmento importante del trabajo profesional del psicólogo clínico. Esta especialización se fundamenta en modelos

teórico-metodológicos para desarrollar propuestas técnicas y realizar la intervención a nivel remedial, preventiva o promocional bajo diferentes aproximaciones: psicoanalítica, humanista-existencial y sistémica (Facultad de Psicología, 2008).

Esta última ha surgido justamente como una alternativa que explica e incide en las relaciones de la familia vista como grupo y de los seres humanos. El enfoque sistémico ofrece otra manera de ver la terapia, y específicamente el Modelo Breve de Soluciones no se centra en patologías, sino en el cambio realizado por el cliente. Esto permite que exista en el terapeuta en formación una ampliación en sus marcos de referencia, haciendo ineludible la búsqueda de técnicas y recursos que ayuden a la toma de decisiones dentro del tratamiento brindado a los que así lo requieran.

Es por ello que esta investigación busca dar a conocer el trabajo terapéutico a partir de la intervención realizada a un usuario del Centro de Servicios Psicológicos, resaltando principalmente el enfoque utilizado como una alternativa viable a considerar dentro de la Especialización ya que el tiempo dentro de la misma es breve. Esta forma de intervención permite:

- Para el alumno: aprender a partir de la observación, participar como terapeuta, co-terapeuta o miembro del equipo terapéutico, retroalimentar a sus compañeros respecto a la intervención y observar cambios en los usuarios.
- Para el supervisor: realizar su función en vivo de una forma directa formando parte del equipo terapéutico, participar de distintas formas en las sesiones y retroalimentar en el momento justo al terapeuta en formación.

El presente trabajo se divide en distintos capítulos que manifiestan el trabajo profesional ejercido.

El capítulo I describe el escenario clínico donde se realizó el proceso terapéutico, su función, su visión y los valores manejados, así como los diferentes servicios existentes. En él también se describe la forma de trabajo realizado dentro del mismo.

El capítulo II aborda el tema de los celos y el duelo por separación que se experimenta en la pareja, circunstancia que redefinió el motivo de consulta y la intervención se centró primordialmente en la elaboración de la pérdida.

En el capítulo III se expone una revisión del Modelo a través de una reseña histórica, dando a conocer las nociones desarrolladas, sus principales influencias, la concepción del problema, el papel del terapeuta y las características de la intervención así como un desglose de las principales técnicas empleadas.

El capítulo IV muestra el método que consistió en la presentación de un estudio de caso con diseño cualitativo. Los cambios producidos se evaluaron a través de técnicas cuantitativas en las fases de pretest y posttest, además de proporcionar un seguimiento 4 meses después para observar si los cambios se mantenían.

En el capítulo V se exponen los resultados obtenidos a nivel descriptivo de la intervención realizada, presentando en primer lugar el caso clínico mencionando las características del caso, su motivo de consulta, los objetivos del tratamiento, los resultados pretest/posttest y el seguimiento.

El capítulo VI considera la discusión realizada de los resultados, las competencias profesionales adquiridas y experiencia durante la Especialización, también aborda las conclusiones, así como las limitaciones y sugerencias.

## CAPITULO 1. EL ESCENARIO CLÍNICO

### **Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila <sup>1</sup>**

La formación práctica-profesional de los alumnos en la Facultad de Psicología crea la necesidad de que la institución contemple diferentes escenarios clínicos.

Es precisamente el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) Dr. Guillermo Dávila uno de los escenarios que tiene la función de brindar atención psicológica supervisada a la comunidad en general. Tiene como misión *brindar a los estudiantes de dicha Facultad la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales, al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad relativa con el propósito de ofrecer asistencia psicológica de calidad relativa a evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y rehabilitación de problemas de salud, clínicos, psicoeducativos y sociales, en las diferentes áreas profesionales del psicólogo, desde diversos enfoques teóricos-metodológicos de la Psicología basada en evidencia, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.*

Su visión: *ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación profesional y especializada de Psicólogos críticos y comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general.* La base del trabajo dentro del centro está sustentada en los valores de:

*Confianza: que nuestras acciones estén sustentadas en la confidencialidad y en un trato ético que genere en nuestros clientes internos y externos seguridad.*

---

<sup>1</sup> La información en cursiva de este apartado fue tomada de la página electrónica de la Facultad de Psicología UNAM.

*Ética: mantener principio y valores sustentados en el bien común, apegados a los principios y normas que rigen el ejercicio profesional del psicólogo.*

*Honestidad: que nuestras acciones reflejen respeto, responsabilidad y confianza para que nuestras acciones sean veraces y congruentes.*

*Lealtad: generar en nuestros clientes internos y externos un compromiso sustentado en la calidad de nuestros servicios que le permita identificarnos como una excelente opción para dar respuesta a sus necesidades de servicio.*

*Optimismo: orientar nuestras acciones y metas con la confianza de que los resultados sean constante mejorados en beneficio de nuestros clientes internos y externos.*

*Respeto: se refiere al trato amable, cordial y cálido que se da en la interacción entre el personal del CSP y sus clientes externos e internos de forma bidireccional y que favorece el desarrollo de las actividades encomendadas.*

*Responsabilidad: realizar las actividades encomendadas en tiempo y forma, manteniendo un alto compromiso para que el resultado de nuestras acciones favorezca un servicio de calidad para nuestros clientes internos y externos.*

*El CSP se encuentra ubicado en el sótano del edificio “D” en el área de Posgrado de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria. Éste tiene como política de calidad enfocar sus esfuerzos a prestar un servicio de calidad para sus clientes internos y externos, contribuyendo así con la formación de los estudiantes que acuden al centro para su entrenamiento profesional y de los usuarios de nuestros servicios terapéuticos, procurando una mejora continua en nuestro procesos.*

El Centro ofrece diferentes servicios, entre los que se encuentra:

- a) *Entrevista inicial.*
- b) *Referencia/Canalización.*
- c) *Prevención primaria.*
- d) *Talleres en las áreas de:*
  - *Habilidades sociales.*
  - *Desarrollo de emociones.*
  - *Manejo de crisis.*
  - *Desarrollo infantil.*
  - *Habilidades parentales.*
- e) *Tratamiento*
  - *Individual.*
  - *De pareja.*
  - *Familiar.*
  - *Grupal.*

En el año 2008 el CSP “Dr. Guillermo Dávila” ofreció dos mil 81 consultas, de las cuales 420 fueron preventivas y se brindó tratamiento a 908 pacientes (Boletín UNAM-DGCS-312, 2009). Para el año 2012 la Dra. Andrómeda Valencia mencionó que anualmente un promedio de dos mil 300 personas solicitan la ayuda y cada mes se recibe a 200 pacientes nuevos (Mireille, 2012).

En el año 2013 el CSP “Dr. Guillermo Dávila” recibió del Instituto Mexicano de Normalización y Certificación (IMNC) el certificado que avala que su sistema de gestión cumple con los requisitos de calidad de acuerdo con la norma ISO 9001:2008, buscando de esta manera mejorar

la calidad tanto para alumnos como para usuarios. Como parte del Sistema de Gestión de Calidad, el CSP muestra su Mapa de Procesos a todo el público. Hasta el momento no existe en el país ni en el resto de Latinoamérica alguna otra escuela o Facultad de Psicología que cuente con alguna certificación similar (Gutiérrez, 2013).

Para poder recibir atención psicológica en el CSP es necesario:

- 1) Conocer qué día se entregarán las solicitudes de servicio ya que la atención al público es limitada. Ésta se entrega un día cada dos meses. Para ello es necesario comunicarse vía telefónica.
- 2) Posteriormente las solicitudes elaboradas son examinadas por profesionales con el objetivo de valorar si la demanda expuesta puede ser atendida dentro de los programas del CSP tomando en cuenta la disponibilidad de espacio.
- 3) Si la solicitud no es aceptada serán sugeridas otras instituciones que puedan atender el motivo de consulta manifestado por los interesados.
- 4) Si la solicitud es aceptada, un terapeuta del Centro se comunicará con el solicitante indicándole que será necesario acudir a una entrevista de primera vez presentando los siguientes documentos en original y copia el día y la hora acordada:
  - a) Identificación oficial con fotografía.
  - b) Comprobante de domicilio.
  - c) Comprobante de ingresos económicos (si no se cuenta con un comprobante oficial, se entregará entonces una carta dirigida a la Jefatura del CSP manifestando la forma de apoyo económico y dependientes del mismo).

Si requiere la atención un menor de edad:

- a) Identificación oficial de los padres con fotografía.
- b) Comprobante de domicilio de los padres.
- c) Comprobante de ingresos económicos de los padres (si no se cuenta con un comprobante oficial, se entregará entonces una carta dirigida a la Jefatura del CSP manifestando la forma de apoyo económico y dependientes del mismo).
- d) Acta de nacimiento del menor.
- e) Identificación con fotografía del menor (credencial de la escuela).

### **Procedimiento realizado dentro del CSP**

El interesado entonces llena su ficha de admisión donde proporciona sus datos personales (nombre, dirección, teléfono) así como algunos datos sociodemográficos, también señala la principal problemática por la cual asiste al Centro, indicando las áreas donde mayormente está siendo afectado (laboral, familiar, académica, sexual, salud y amistades), posteriormente recibe el consentimiento informado perteneciente al CSP con el objetivo de hacer de su conocimiento sus derechos y responsabilidades (la cual debe ser firmada) y se le proporciona un carnet de citas.

De la entrevista inicial el terapeuta recopila la siguiente información:

- 1) Fecha, nombre, edad, sexo, teléfono, correo electrónico, n° expediente.
- 2) Exploración de la problemática (motivo manifiesto de consulta, tiempo de inicio de los síntomas, acontecimientos que agudizan los síntomas).
- 3) Familiograma (dinámica familiar).
- 4) Exploración general (aspectos intelectuales, emocionales, principales conflictos, áreas libres de conflicto, otros datos relevantes, hipótesis diagnósticas).



- 5) Resultado de las evaluaciones, evaluación complementaria sugerida y sugerencias terapéuticas.

Como parte del protocolo del centro se realizan las siguientes evaluaciones (en adultos):

- 1) Inventario de depresión de Beck (BDI). (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998).

Valora la severidad de los síntomas de la depresión. Es una de las escalas más utilizadas en investigación. Consta de 21 afirmaciones que se califican de 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 3 (depresión severa).

- 2) Inventario de ansiedad de Beck (BAI). (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).

Valora la severidad de los síntomas de ansiedad y los diferencia de los de depresión. Consta de 21 síntomas que se califican de 0 a 3.

- 3) Instrumento breve de Evaluación de la Calidad de vida WHOQOL-BREF (2005). (Lucas, 2007).

Valora la calidad de vida. Consta de 26 ítems distribuidos en 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Posteriormente el terapeuta puede sugerir alguna otra evaluación que le ayude a profundizar en el tratamiento del caso clínico (ej. MMPI 2).

Durante la fase de tratamiento se realiza una nota clínica donde se escriben los hechos relevantes percibidos por el terapeuta en cada sesión. Opcionalmente el terapeuta puede elaborar un plan de tratamiento y al finalizar el proceso, se elabora un reporte de alta o baja dependiendo de cada caso. Si el paciente es dado de alta entonces se le entrega una “Encuesta sobre el servicio

terapéutico” donde evalúa la atención brindada en el CSP incluyendo el proporcionado por el terapeuta.

Todos los documentos antes mencionados estructuran el expediente de cada cliente, por lo que queda conformado de la siguiente manera:

- Solicitud de servicio.
- Copia de identificación oficial, comprobante de domicilio, comprobante de ingresos económicos o carta de ingresos.
- Ficha de admisión.
- Consentimiento informado.
- Entrevista inicial.
- Evaluaciones.
- Plan de tratamiento.
- Notas clínicas.
- Reporte de alta o baja.

Anteriormente las evaluaciones, entrevista de primera vez e historia clínica podían ser realizadas por un terapeuta diferente al que llevaría el tratamiento, sin embargo a partir del año 2014 es un mismo terapeuta el que se encarga de realizar todo el proceso.

Para evaluar el trabajo realizado por el terapeuta la hoja de entrevista inicial, el plan de tratamiento y las notas clínicas cuentan con el nombre del entrevistador, el programa de pertenencia, nombre del supervisor y firma, además de una tabla utilizada únicamente por el supervisor para indicar el nivel de competencia del alumno mostrado en cada escrito (insuficiente, regular, aceptable, satisfactorio, excelente).

## **Trabajo terapéutico y de supervisión dentro de la Especialización**

Dentro del escenario clínico, los estudiantes de la especialidad realizan sus horas prácticas bajo supervisión. Para ello el grupo es dividido en subgrupos con el objetivo de asignar a cada uno de ellos una sede donde contarán con el apoyo de un supervisor, en la cual se lleva a cabo:

- a) Entrevistas clínicas.
- b) Evaluación de acuerdo al motivo de consulta, los objetivos y metas terapéuticas planteadas.
- c) Integración de reportes clínicos.
- d) Tratamiento.

El enfoque manejado por los alumnos en la práctica dependerá de cada supervisor. La práctica realizada durante mi estancia en la especialidad estuvo dirigida bajo el modelo sistémico y posmoderno por lo que los estudiantes pertenecientes a esta supervisión participamos en todos los casos clínicos como terapeutas, co-terapeutas o como parte del equipo terapéutico junto con el supervisor, conformando de esta manera un sistema terapéutico total. Para ello se contó con una cámara de Gesell: en uno de los lados del espejo se atendía al cliente y del otro lado se situaba el equipo terapéutico que observaba toda la sesión. De esta manera el supervisor tuvo la función de orientar, promover y guiar las actividades de los terapeutas en formación, apoyar en el trabajo terapéutico y contribuir al desarrollo potencial de cada supervisado ayudándose de sus recursos y habilidades.

Durante mi formación dentro de la especialidad participé en 3 casos como terapeuta, 2 como co-terapeuta y en 6 como parte del equipo terapéutico.

El procedimiento a realizar para brindar la atención a cada cliente fue el siguiente:

- 1) Los terapeutas se dirigieron a la coordinación por las solicitudes aceptadas (anteriormente por los expedientes que aún no contaban con tratamiento) para contactar a los clientes.
- 2) Asignación de expediente o solicitud de servicio: El alumno en cuestión realizó la llamada telefónica teniendo como objetivo tener el primer contacto y concretar una cita en el horario conveniente tanto para el terapeuta como para el cliente.
- 3) Durante la primera sesión, el/los terapeuta(s) se presentó/presentaron ante el/los cliente(s), proporcionándole(s) la información pertinente respecto a la forma de trabajo (encuadre). Se informaba sobre la duración de cada sesión (50-60 min) y la modalidad de trabajo con el equipo terapéutico detrás del espejo en la cámara de Gesell pidiéndoles su consentimiento de forma verbal. Asimismo se expuso que a lo largo de la sesión el terapeuta mantendría contacto con el equipo mediante su salida momentánea para platicar con el equipo y que posiblemente habría sesiones en las que el equipo entraría a sesión posterior a la plática.

## **CAPÍTULO 2. “EL MONSTRUO DE OJOS VERDES” Y LA SEPARACIÓN DE LA PERSONA AMADA**

### **Celos**

Cuando se busca definir una emoción, se construye entonces un infinito de creencias, valores y sentimientos que giran alrededor de la vivencia que de esa emoción se tenga (Marina & López, 2001). Es por ello que dependiendo de cómo se define es cómo se siente y según como se siente, se define y se crean palabras. La definición de los celos resulta entonces una cuestión compleja ya que no son una enfermedad, ni un rasgo de personalidad, ni un valor, ni un defecto, ni una medida del amor, de inseguridad o de desconfianza, por lo que los celos tienen sus propias maneras de ser vividos, sentidos y experimentados, sus particulares maneras de ser pensados y de ser gestionados (Pérez, 2004).

Milton (2005) decía que los celos eran “el infierno del amante herido” y en la obra *Otelo*, Shakespeare los llamaba “el monstruo de ojos verdes”, que devora el amor y termina con la persona amada, mientras que para otros son un miedo visceral a la pérdida, un conjunto de sentimientos y pensamientos paradójicos, una acción y una reacción (Scheinkman & Werneck, 2010).

Para Nazaré y Romariz (2008) los celos son una emoción compuesta y compleja que se determina por diversas reacciones afectivas y sentimentales provocadas por la percepción de una situación competitiva. Estas reacciones se originan por la presencia de una sospecha amenazadora (real o imaginaria) dirigida hacia las relaciones consideradas como importantes y condicionadas por un sentido inmoderado de propiedad y de exclusividad (García, Gómez & Canto, 2001), por lo que los celos son una experiencia relacional compleja donde no se sabe quién es el que más los sufre: si el actor o el receptor.

Cuando los celos son un componente común en la pareja, se puede suponer que existe un patrón interaccional en el que los individuos conformantes participan. Para Scheinkman y Werneck (2010), la experiencia de los celos surge cuando el comportamiento de una de las dos personas activa en la otra el miedo a la traición. De esta manera, el miembro celoso se vuelve hostil, inquisidor o agresivo con el objetivo de manejar su propia ansiedad. En respuesta a su comportamiento, el otro miembro activa un retraimiento o actitud desafiante que a su vez eleva aún más las sospechas en la persona celosa y que posteriormente genera un patrón *pursuer-distancer* (uno que persigue y el otro se distancia) que inmediatamente se transforma en un patrón de distanciamiento mutuo: la persona celosa vigila y desconfía mientras que la persona vigilada adopta conductas de reserva y resentimiento. Los frutos de la escalada se vuelven en frustración, desesperación y violencia.

Crowe (1995) menciona que los patrones anteriormente mencionados pueden iniciarse con cualquiera de las conductas realizadas por alguno de los miembros ya que a veces el individuo celoso reacciona desmedidamente ante una conducta inocente del otro y busca pistas que le ayuden a comprobar que éste opta por un tercero o viceversa: es el otro miembro quien induce los celos mediante coqueteos, distracciones y/o comportamientos que traicionen la confianza de su pareja.

Para Pérez (2004) el amor es el factor antecedente de los celos. Es a partir de este sentimiento que con la persona amada se co-construye un “nosotros” en común, por lo que “el otro es mío, yo soy suyo, somos el uno del otro, somos de-los-nuestros”. En los celos, el sentimiento de traición se activa cuando la persona amada participa (real o imaginariamente) en el juego amenazante con un tercero perfilado como rival. De esta manera uno-de-nosotros (el amado) de alguna manera co-participa en la intrusión de uno-de-los-otros. Una vez que el sentimiento de traición está

activado la hostilidad se hace presente hacia la traición misma y hacia el traidor. Sin embargo, el traidor siempre es uno-de-nosotros (el amado) y el rival es uno-de-los-otros lo cual produce una paradoja a nivel de sentimientos e interacciones: el amado es el traidor que despierta repulsión y rechazo y al mismo tiempo el codiciado premio en la lucha contra el rival.

Frecuentemente es la incertidumbre la que acompaña a esta emoción: el individuo celoso no percibe con claridad quien sería el ganador si se la compara con un tercero, no sabe en realidad lo que está ocurriendo en los pensamientos y en la vida de la persona amada ni tampoco si sus propias reacciones son subjetivas o se afirman en circunstancias reales de traición (Scheinkman & Werneck, 2010).

Canto y Burgos (2009) mencionan que una de las emociones asociadas a los celos es la depresión caracterizada por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2014).

Comúnmente los celos son lo único que queda después del amor y tras la ruptura de pareja, por lo tanto, no se puede ayudar a nadie a sentir o dejar de sentir celos, pero si se le puede ayudar a mejor vivirlos, a mejor pensarlos y a mejor gestionarlos (Pérez, 2004).

### **Duelo en la pareja**

Durante el noviazgo existen conflictos para conseguir el acoplamiento, que al no ser superados o resueltos, conllevan por una variedad de causas como los celos a que la pareja decida terminar con su relación (Pinto, 2008). Cuando una relación llega a su fin y se rompe, se genera una pérdida que conlleva a un proceso de duelo. La separación durante el noviazgo es similar a la que se da durante la muerte de un ser amado, salvo que involucra la toma de decisión de cualquiera

de las dos partes de finalizar la relación que se había formado libremente y con expectativas en común (Neimeyer, 2007), así la percepción que se tenga de la ruptura se relaciona directamente con cómo se viva y cómo se interprete la pérdida, ya que el proceso de duelo es diferente en cada persona.

Las relaciones de pareja suelen ser una de las más intensas que pueden generarse entre los individuos y atañe al vínculo de mayor importancia fuera de la familia de origen (Maureira, 2011). Por su parte, Caruso (2003) afirma que una de las experiencias más dolorosas para el hombre es la separación de la persona amada. De esta manera la amenaza de pérdida de la pareja genera ansiedad y la pérdida *per se* ocasiona pena, tristeza y posiblemente aparece la rabia en cualquiera de las dos situaciones (Bowlby, 1995).

Admitir el sufrimiento como consecuencia de la pérdida requiere la capacidad de utilizar diferentes estrategias de afrontamiento focalizadas en el sentimiento y en la solución de problemas para buscar expresar los sentimientos y emociones que conllevan la ruptura de pareja, interviniendo los recursos personales de cada individuo, las habilidades con las que cuente y las estrategias que utilice (O'Connor, 2007).

Generalmente, el rompimiento de este vínculo íntimo es vivido por los miembros de la pareja con altos niveles de estrés (González, 2001) siendo una experiencia de las más dolorosas (Peñañiel, 2011), posiblemente traumática, amarga y penosa que se puede sufrir: se presenta dificultad para conciliar el sueño, se pierde el apetito, hay dificultades para concentrarse e inclusive se llora a menudo sin una razón aparente, lo cual genera en algunos casos la búsqueda de abrigo en el alcohol, las drogas o tranquilizantes que mitiguen el dolor y faciliten la ausencia emocional (Rojas, 1994).



De esta manera la sensación de bienestar de la persona se ve comprometida, aún más si uno de los integrantes de la pareja no acepta la ruptura y por lo tanto no se desvincula completamente de él/ella buscando la manera de continuar formando parte de su vida, interrumpiendo la elaboración de la pérdida (Doménech, 1994). Por ser una situación dolorosa variante en intensidad, el mal manejo de la ruptura amorosa puede generar consecuencias que van desde la tristeza y el enojo hasta desórdenes psicológicos como la ansiedad y la depresión (Tashiro & Frazier, 2003).

Asimismo, en las mujeres existe una mayor relación entre la depresión y la sensación de fracaso asociados con los celos en comparación con los hombres. La depresión en la mujer tiende hacia el enojo, la búsqueda de control sobre la expareja y la obsesión por la misma, el temor, la suspicacia, la intriga, la frustración y la ambivalencia entre confianza y desconfianza (Zizumbo, 2007). Por otro lado, la ansiedad presente en los hombres, provoca una obsesión celosa por la expareja después de haber concluido la relación y a pesar de ello se busca perpetuar el vínculo establecido con ella (Heider, 1958).

### **Etapas del duelo**

Montoya (2011) menciona que el duelo es un proceso que se da en fases, las cuales ayudan a la comprensión del mismo no como un hecho y a concebirlo con cierta certeza; ello sirve para prepararse con estrategias adecuadas para controlar la situación. Las fases que propone son:

- 1) Aflicción aguda: la primera respuesta es la incredulidad que fluctúa entre la aceptación, dependiendo del nivel de angustia por el que esté pasando el doliente, ya que admitir todas las pérdidas que implica la ausencia del amado/a es un asunto complejo y largo que necesita de tiempo para su adaptación.

- 2) Conciencia de la pérdida: es en la vida cotidiana donde se descubre la pérdida. En esta etapa, existe una desorganización emocional en la que aparece la impresión de caer en una crisis nerviosa y enloquecer.
- 3) Conservación-aislamiento: es considerada como la peor etapa de todo el proceso de duelo, pues la aflicción se asemeja más a una depresión (como trastorno psiquiátrico) o a una enfermedad general.
- 4) Cicatrización: en esta etapa aparece la aceptación a nivel intelectual y emocional de la pérdida, hay un cambio en la visión del mundo compatible con la nueva realidad y se desarrollan nuevas actividades encaminadas a la madurez. Ello implica que todos los sentimientos del duelo sean asumidos sin tanta angustia como al inicio. Se reconstruye la forma de ser del individuo y se retoma el control de la propia vida (tarea difícil llena de incertidumbre y fracasos).
- 5) Renovación: en esta fase el doliente ha realizado ya los cambios pertinentes en su realidad, sentido y estilo de vida. Se ha recuperado la forma de verse a sí misma y a su entorno con una perspectiva positiva.

Por su parte, Kubler-Ross (1975) menciona cinco etapas percibidas en el proceso de elaboración del duelo a partir de diversas entrevistas clínicas realizadas a pacientes con enfermedades terminales:

- Negación: la sensación de parálisis e incredulidad distinguen a esta etapa que funge como mecanismo de defensa para aceptar la realidad de lo acontecido.
- Ira: se experimenta miedo ante el futuro próximo e inconformidad por lo que sucede acompañada de rabia.

- Negociación: se busca ganar tiempo y en la mente se pide ayuda antes de aceptar la realidad.
- Depresión: si la negociación no da resultado, aparece esta etapa. El enojo se introyecta, se vive el desamparo, la culpa, la tristeza y la soledad.
- Aceptación final: se admite la realidad sin abrazarse al pasado.

A partir de este trabajo, Quintana (2007) encontró que el proceso de duelo por separación se vive de manera similar y además aparecen otros sentimientos. Algunos de ellos se dan sólo en el receptor, es decir, en el miembro de la pareja que recibe el deseo del otro de separarse (emisor).

Estos sentimientos son:

- a) Shock: aparece cuando un miembro de la pareja desea continuar con la relación pese a las dificultades que ésta presente y el otro miembro ya está decidido a terminarla. Surge la incredulidad, el atontamiento y la sensación de vivir una pesadilla.
- b) Desilusión: se manifiesta en ambas partes de la pareja y marca “el despertar” del enamoramiento. Existe una conciencia en que no todo lo que se pretendía descubrir o conocer en el otro era real.
- c) Negación: generalmente es el receptor de la noticia quien lo experimenta. Se piensa que el emisor está mintiendo.
- d) Rabia: comúnmente aparece en ambas partes de la pareja, con mayor intensidad en el receptor; la ira despierta cuando se piensa que se ha perdido el tiempo, que es injusto y que fue una equivocación tener esa relación. La rabia puede combinarse ocasionalmente con amargura.
- e) Culpabilidad: frecuentemente aparece en el receptor, más aún si no se esperaba la noticia. La persona se responsabiliza completamente de lo que sucedió en la relación sin ver que

ambos eran responsables de la misma. Cuando hay un acuerdo de ambas partes en terminar la relación, ambos asumen la decisión y en diversos momentos experimentan culpa que junto con la rabia pueden darse de manera sobrepuesta.

- f) Tristeza: se puede dar por experimentar abandono, pérdida de la ilusión, etc. y se valoran pérdidas menores como amigos, aficiones e intereses que se dejaron de lado por estar con la persona amada, experimentándose ahora la soledad. Aparecen los vacíos y se percibe que se debe empezar desde cero. Si no se ha realizado el cierre de relaciones anteriores, aparecen de nuevo los vacíos del pasado.
- g) Regateo: especialmente es vivido por el receptor quien asume la responsabilidad de la ruptura y busca otras oportunidades para continuar con la relación “suplicando amor”. Otras veces es el emisor de la noticia quien la experimenta cuando siente que las cosas podrían mejorar y se hace responsable de su parte en la relación.
- h) Angustia: si el regateo no dio frutos, la impotencia, la tristeza y la sensación de vacío van en aumento. Se experimenta soledad, desesperanza e incertidumbre. Ocasionalmente es el emisor quien lo experimenta si se percibe que el receptor está triste e insistente en obtener una reconciliación. La angustia del emisor es originada por el otro (objeto de deseo en el pasado) quien puede hacer cosas que puedan sembrar culpa en él.
- i) Aceptación: es aquí donde realmente empieza el duelo porque se es consciente de que la relación ya no puede continuar. Existe una actitud positiva ante lo inevitable y no implica necesariamente una aceptación total de todo el proceso.

Conjuntamente cuando los celos están presentes, la obsesión por la expareja aparece pero disminuye el dolor relacionado a los mismos, hay una mayor desconfianza hacia la fidelidad de

la pareja, se incrementa la ansiedad, la autoconfianza disminuye, surge un mayor grado de suspicacia e intriga y la fase de depresión se puede agudizar (Zizumbo, 2007).

### **Algunas estrategias para elaborar la pérdida**

A partir de lo anteriormente mencionado es importante que aquella persona que esté pasando por el duelo elabore su pérdida. Para ello, García e Ilabarca (2013) mencionan algunas estrategias útiles que el psicólogo puede realizar durante el proceso terapéutico:

- Estrategias centradas en el problema: se busca cambiar el medio o el problema con el objetivo de reducir la amenaza percibida por la persona, alterando o eliminando sus componentes.
- Estrategias centradas en la emoción: el individuo lucha por regular sus emociones que derivan de la situación, considerando que ésta no puede modificarse.
- Estrategias de evitación: son aquellas donde el individuo escapa del problema para disminuir la ansiedad y el estrés, lo cual permite reconocer gradualmente la amenaza que ocasionalmente puede traer consecuencias positivas, aún más si las situaciones son incontrolables y no hay posibilidad de una conducta que permita modificar el entorno.

Por su parte Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) describen otro tipo de estrategias específicas:

- Resolución de problemas: se busca modificar la situación que produce estrés y así poder eliminarlo.
- Reestructuración cognitiva: ayuda a modificar el significado de la situación estresante.
- Apoyo social: se refiere a la búsqueda de apoyo emocional.
- Expresión emocional: busca liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.

- Evitación de problemas: se busca evitar pensamientos y conductas relacionadas a la fuente de estrés.
- Pensamiento desiderativo: busca reflejar el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- Retirada social: su objetivo es alejarse de personas significativas (amigos, familiares, compañeros, etc.) relacionadas con la reacción emocional en el proceso estresante.
- Autocrítica: se basa en la autoinculpción y autocrítica por lo ocurrido.

En último lugar Rando (1984) propuso otras tareas similares que ayudan en la resolución del duelo, que aunque se enfocan en la muerte, también aciertan en el duelo por separación:

- Reconocer la pérdida: consentir y concebir la muerte.
- Reaccionar ante la separación: permitirse sentir identificando, aceptando y expresando emociones y sentimientos.
- Recordar y reexperimentar la relación: aceptar y experimentar nuevamente los sentimientos, recuerdos y situaciones compartidas buenas o malas de una manera realista.
- Replantear los papeles: disponerse a modificar la previa identidad, el estilo, los valores y prioridades de la forma de vida anterior, aceptando que irreparablemente hubo un cambio a raíz de la ausencia de la otra persona.
- Reacomodarse: adecuarse a un nuevo mundo, diferente y fragmentado comparado con el anterior cuando la persona ahora ausente estaba presente, reemplazando la relación presencial por una de nostalgia y recuerdos.

- Reinvertir la energía psicológica: enfocar el amor, el interés y la dedicación ligada a la persona ausente hacia la búsqueda de proyectos, ilusiones, afectos y motivos nuevos que fortalezcan la esperanza de vivir.

La investigación realizada por García e Ilabarca (2013) sugiere que la búsqueda de apoyo social y las estrategias de evitación están relacionadas con mayores niveles de bienestar psicológico a nivel general, de autoaceptación, relaciones positivas con otros, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

## **CAPITULO 3. MODELO DE TERAPIA ORIENTADO A LAS SOLUCIONES**

### **Antecedentes**

De acuerdo con Visser (2013) a mediados del siglo pasado, el cambio se encontraba en el aire. Éste también era el caso en el campo de la psicoterapia y diversos psicoterapeutas estaban insatisfechos con las visiones tradicionales. Desde que el trabajo psicoterapéutico surgió, el punto de vista dominante se encontraba relacionado con la focalización del problema y sus causas (Walter & Peller, 2000). El terapeuta era visto como el experto que podía revelar la naturaleza y las causas del problema de modo que pudiera ser resuelto. Se pensaba que las causas se encontraban ocultas en la profundidad de la psique del paciente y eran frecuentemente relacionadas con problemas no resueltos en la primera infancia (Seligman, 1990).

Se especulaba que los pacientes se resistían al tratamiento inconscientemente. Aquello que los pacientes de manera directa dijeran sobre sus problemas y sus metas era considerado bajo reserva ya que se pensaba que la información más útil se encontraba en el inconsciente. Para obtener dicha información los psicoterapeutas utilizaban técnicas como hipnosis, interpretación y análisis de los sueños (Visser, 2013).

Varios terapeutas buscaron diferentes formas de hacer terapia más breve, con una mejor orientación en relación a las metas y en forma más pragmática. El dominio del conductismo dentro de la psicología jugó un rol primordial en esto. Las ideas sobre el pragmatismo formuladas por William James en 1907, habían vuelto a adquirir popularidad y fueron otra fuente de influencia para muchos terapeutas de la época, ya que James argumentó que las personas son



creadoras de su realidad. Esta forma de pensar jugó un papel significativo en el trabajo de otros terapeutas pioneros, entre ellos Milton Erickson quien es de vital importancia en la creación del enfoque de Soluciones (Visser, 2013).

De esta manera se establecieron diferentes modelos de intervención y fue en 1978 que el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC por sus siglas en inglés), en Milwaukee, creó la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS). Fue desarrollada inductivamente por dos trabajadores sociales: Steve de Shazer (1991, 1992) e Insoo Kim Berg (1994), y colegas como Jim Derks, Elam Nunnally, Marilyn LaCourt y Eve Lipchik (Beyebach, 2013). Su principal objetivo era estudiar la efectividad de las técnicas en terapia breve para impulsar el cambio de los clientes mediante un proceso recursivo y dinámico de intervención, observación y teorización, basando la práctica en la evidencia (Lipchik, Derks, Lacourt & Nunally, 2012).

Es así que las ideas de Steve de Shazer, provienen históricamente de la tradición de Milton Erickson y transitan por Gregory Bateson junto con el grupo de terapeutas del Instituto de Investigaciones Mentales (MRI por sus siglas en inglés) (de Shazer, 1989). Desde los inicios de su carrera, de Shazer fue cautivado por los estudios de comunicación realizados por el Grupo de Palo Alto, California y por el enfoque psicoterapéutico manejado por Erickson (De Joung & Berg, 1998). La historia de la terapia breve encuentra su origen en el artículo “Special Techniques of Hypnotherapy” de Erickson, en el que se mostraba la forma de utilizar las compulsiones neuróticas del paciente para dirigirlos a la resolución de la sintomatología neurótica ayudándose de la “hipnoterapia con trance”. No era necesario conocer la génesis de los síntomas para transformarlos, sólo bastaba conocer los mecanismos a través de los cuales eran mantenidos (De Shazer, 1992). Por su parte, Bateson heredó a de Shazer la visión que tenía del

sistema social en donde la función de la gente es de gran importancia para el desarrollo y la solución de los problemas (Cade, 2007).

En su primer periodo de trabajo, de Shazer intentó enseñarse a sí mismo terapia breve a partir de los trabajos de Erickson, posteriormente utilizó la actuación terapéutica frente a un espejo traslúcido desde la cara externa, detrás del cual se ubicaban espectadores invisibles. Fue en 1976 que descubrió un grupo de terapeutas de similar orientación y finalmente fundaron el BFTC.

En sus inicios, el grupo utilizó un modelo similar al de Palo Alto (centrado en los problemas) y a principios de 1980, su interés se canalizó en las ideas de los clientes acerca de lo que era necesario transformar, de cómo las cosas podrían ser diferentes y qué tenía que ser necesario para lograrlo, teniendo como resultado el centrarse en la descripción de soluciones más que en aclarar y revisar la situación problemática. Así en 1982, de Shazer y su equipo señalaron que no existía una conexión necesaria entre el problema y la solución (De Jong & Berg, 1998): en el tratamiento realizado a una familia se reportó que después de dos semanas las cosas iban bien y percibían que sus problemas estaban resueltos, por lo que el equipo se interesó en la solución. Se constató que no era necesario tener información detallada del problema, conjeturando que ésta jamás podría establecerse de forma fiable para iniciar el proceso de cambio, lo cual llevó a establecer al cliente como experto de su propia vida (Cade, 2007).

El trabajo realizado por de Shazer y su equipo radicó en conseguir a través de una conversación resultados idénticos a los que logró Erickson mediante su “hipnoterapia con trance” al usar la pseudo-orientación en el tiempo. Mientras Erickson usó regresión de edad en esa técnica, el Enfoque Orientado a la Solución planteó buscar excepciones (Gilligan, 1991); es decir, cuándo en el pasado el cliente pudo resolver o controlar su problema (sus logros o “recursos”, en

lenguaje ericksoniano). Donde Erickson dirigía al paciente hacia el futuro utilizando una táctica de confusión, para que alucinara bolas de cristal y observara los sucesos que habían causado la resolución de sus síntomas, de Shazer y su equipo plantearon la “Pregunta del Milagro” para incitar al cliente a crear activamente una serie de procedimientos que resuelven el problema (Pacheco, 2000).

A inicios de los 90, el BFTC se convirtió en una clínica completamente operativa y de formación. Los clientes tratados eran diferentes a los remitidos para tratamiento en las clínicas comunitarias de salud mental. Dado que el interés en el enfoque de soluciones prosperó, también las solicitudes hacia Berg y de Shazer, por lo que había muchas solicitudes de capacitación y consultas en Estados Unidos, Europa y Asia (Simon, 2010).

A lo largo de los años se unieron nuevos terapeutas como Scott Miller, Wally Gingerich, Gale Miller, Michele Weiner-Davis, Bill O’Hanlon, Yvonne Dolan, Karl Tomm, Michael Durrant y Brian Cade (Eguiluz, 2004).

### **Nociones Fundamentales**

Las numerosas orientaciones dentro del trabajo terapéutico no son más que “lentes coloreadas” a través de lo que se percibe lo que nos envuelve (Hoffman, 1990), por lo que *“no existe una teoría correcta de la psicoterapia. Muchas teorías diferentes y muchas técnicas y enfoques diferentes parecen producir cambios y resultados positivos”* (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1993; pp 22).

Las teorías existentes permiten decir lo que se puede ver y lo que no, dónde buscar y dónde no, de qué hablar y qué no. Es por ello que la terapia en realidad no se descubre, sino que se crea a partir de los presupuestos teóricos y en la interacción con las aportes de los clientes que asisten a terapia (Watzlawick, 1984).

Se puede considerar que la TBCS se encuentra dentro de los enfoques constructivista y construccionista, entendiendo de esta manera que la realidad social se conforma de la esfera biológica, histórica y cultural de los humanos, la cual se modifica a partir de la interacción con otros individuos ya que la realidad surge como resultado de procesos lingüísticos consensuados (de Shazer & Berg, 1991). La idea principal de esta nueva forma de entender el conocimiento en terapia es que la realidad no se descubre, se inventa (Watzlawick, 1989).

Esta concepción lleva a plantear una posición no-normativa, por lo que se acepta que existen muchas formas válidas de ser y estar como persona, de interactuar y organizarse (Beyebach, 2013). Por ende, no hay una precognición normativa acerca de cómo deben o no actuar las familias, ya que se parte desde una posición de respeto y aceptación de un sinnúmero de formas en que puede organizarse la interacción del hombre y por los diferentes valores que pueden tener los consultantes. En conclusión, este enfoque no busca interesarse de ninguna manera en realizar clasificaciones de familias, parejas o individuos y renuncia radicalmente a realizar cualquier tipo de diagnóstico habitual, rechazando así el normativismo que va encaminado a crear un modelo de normalidad-anormalidad.

Este pensamiento considera un diagnóstico como *“el lenguaje del déficit que sólo comprende lo que está mal, lo que falla, lo que está ausente o lo que es insuficiente, lo cual crea un agujero negro del que es difícil de escapar”* (Selekman 1996; pp 31). En una visión centrada en soluciones estos constructos no son útiles para el cambio debido a que se participa en la creación de un problema (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1993).

Este enfoque no considera puntos de vista correctos o incorrectos, pero sí puntos de vista más o menos útiles con relación a la construcción de la solución; no se trabaja con realidades, sino con

construcciones de narraciones, es decir, formas de contar las cosas para sí mismos y para los demás que pueden ser negociadas por medio de la interacción social y a su vez reemplazadas por otras más útiles, no más verdaderas ya que para cada acontecimiento existente hay por lo menos dos o más explicaciones (comparación doble o múltiple) (Bateson & Bateson, 1989).

Erickson tampoco creía en etiquetas diagnósticas y sí en el poder de la gente para solucionar sus propias dificultades. De esta manera la TBCS considera que los clientes poseen buenas capacidades y fortalezas para resolver sus problemas, por lo que generalmente no es necesario tener gran información acerca de la queja para solucionarla. Es importante para ello focalizarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable. Por lo tanto, el postulado principal dentro de este marco se encuentra enfocado en los recursos y posibilidades de las personas más que en la problemática o en la patología. Es así como aporta una innovadora idea al plantear el proceso psicoterapéutico. Con ello los conceptos y principios relacionados con la resistencia quedan excluidos, centralizándose en las excepciones que son una opción con mayor beneficio, considerando a las soluciones con mayor importancia que los problemas por lo que resulta imprescindible enfocarse en los aspectos de la situación particular relacionados con la solución (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1993).

Otros de los aportes que Erickson dejó a la TBCS fueron: 1) la terapia frecuentemente no necesita tomar mucho tiempo ya que un pequeño cambio hecho por el cliente a menudo es suficiente para establecer un cambio más prolongado; 2) se puede utilizar cualquier cosa que se halle en el contexto del cliente que puede llegar a ser parte de la solución (Visser, 2013) y 3) su orientación hacia el futuro ya que el pasado no puede cambiarse y la vida se vive en el presente, por lo tanto, la psicoterapia debe estar orientada a preparar el mañana en relación con la vida presente (O'Hanlon, 1989).

Otra de las bases de este enfoque se centra en la aportación de Bertalanffy con su Teoría General de los Sistemas propuesta en 1956. Para de Shazer (1989) el terapeuta, el equipo terapéutico y la familia son considerados como todo y parte de un sistema o subsistemas comportándose así como una totalidad. Este sistema se concibe desde una configuración interpersonal, focalizando la atención en las relaciones circulares que se fundan en el presente entre las conductas de una o varias personas.

De Shazer hereda de Wittgenstein la idea de no buscar interpretar de forma esencialista “leyendo entre líneas”, solo busca “leer las líneas”, es decir, obtener una noción de las interacciones humanas en lugar de tratar interpretarlas (de Shazer, 1999). De esta manera existe una línea divisora entre los enfoques sistémicos clásicos por un lado y de los enfoques del MRI y del BFTC por el otro, ya que la “función del síntoma” queda denegada.

El proceso comunicativo cuidadosamente co-construido es convincente por ser el componente de una llave para ayudar al cambio del cliente. Las soluciones emergen de la percepción y la interacción entre la gente y sus problemas que no son solucionados exclusivamente por el terapeuta sino más bien las soluciones son co-construidas con los clientes (Berg & De Jong, 1996).

El enfoque busca el cómo (mas que el por qué) los seres humanos se relacionan entre sí y con su entorno dentro de una línea de intervención terapéutica de manera breve, la cual se orienta a la extinción de los síntomas y a la solución del problema del consultante, dirigiéndose a la reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y las reacciones de conducta derivadas del mismo (Reyes, 2006).

De esta manera el Comité de Investigación de la Asociación de Terapia Breve Centrada en Soluciones (SFBTARC por sus siglas en inglés) resumió los principios básicos de esta técnica (SFBTA Research Committee, 2013):

- a) Se basa en la creación de la solución en lugar de la solución de problemas.
- b) El enfoque terapéutico debe centrarse en el futuro deseado por el cliente en lugar de centrarse en los problemas del pasado o en los conflictos actuales.
- c) Se anima a los clientes a aumentar la frecuencia de comportamientos útiles actuales.
- d) El problema no ocurre todo el tiempo. Existen excepciones que pueden ser utilizadas por el cliente y el terapeuta para co-construir soluciones.
- e) Los terapeutas ayudan a los clientes a encontrar alternativas a los patrones actuales no deseados de comportamiento, cognición e interacción que están dentro del repertorio de los clientes o pueden ser co-construidos por los terapeutas y clientes como tales.
- f) Se asume que ya existen comportamientos orientados a la solución para los clientes a diferencia de las intervenciones de desarrollo de habilidades y terapia conductual.
- g) Se afirma que pequeños incrementos de cambio conducen a grandes incrementos de cambio.
- h) Las soluciones del cliente no están relacionados necesariamente de manera directa con cualquier problema identificado por él mismo o el terapeuta.
- i) Las habilidades conversacionales del terapeuta necesarias para invitar al cliente a construir soluciones son distintas de las necesarias para diagnosticar y tratar los problemas del cliente.

## **Concepción de problema**

Los problemas que los clientes mencionan dentro de la terapia son patrones de habla, pensamiento y acción en constante cambio. Desde el punto de vista interaccional, el ser humano es capaz de crear nuevos patrones de conducta si los esfuerzos terapéuticos son dirigidos a los procesos que componen excepciones al molde del problema (Eguiluz, 2004).

La TBCS heredó del grupo de Palo Alto la concepción del problema: “un problema es un problema” y no el síntoma de una disfunción o un conflicto familiar más profundo. Se adopta una postura post-estructuralista que rechaza la metáfora de la profundidad: lo que sucede en un determinado nivel de la existencia encuentra su causa en niveles más profundos. Que alguien exprese una queja significa solo una cosa: alguien expresa una queja (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1993).

El problema se percibe como un comportamiento observable, que ocurre cuando una persona encara diariamente sus conflictos aplicando estrategias de afrontamiento inadecuadas (Shoham & Rohrbaugh, 2002). Éste se origina porque en algún momento alguien considera como problemática una dificultad e intenta resolverla.

La dificultad inicial es consecuencia de algún cambio vital, del azar o de un evento inesperado.

Si el intento de solución tiene éxito no aparece el problema, si no lo tiene, entonces:

- Las personas observan que su intento es ineficaz y cambian de estrategia o
- Las personas especulan que al no conseguir lo que quieren, piensan que no han aplicado una dosis suficiente de la solución y redoblen esfuerzos (más de lo mismo) cayendo en un círculo vicioso (Beyebach, 2013).



## **Concepción de terapia**

La TBCS es una intervención basada en las fortalezas que se funda en la creencia de que es importante centrarse en los recursos y en la motivación de los clientes porque ellos conocen sus problemas mejor que nadie y son capaces de generar soluciones para resolverlos (Miller & de Shazer, 2000). La terapia analiza los fenómenos dentro del contexto en que se producen centrándose en las relaciones circulares establecidas entre una o varios individuos generando un sistema abierto.

De acuerdo con Aponte (2011), el procedimiento fundamentado en soluciones puede ser visto como una forma de tratamiento que tiene dos objetivos principales:

1. Dar apoyo a las personas para que examinen el futuro que desean.
2. Explorar cuándo, dónde, con quién y cómo algunos elementos de ese futuro al que aspiran ya se están dando.

Consecuentemente, la terapia busca ayudar al cliente a descubrir las soluciones más útiles para cambiar su comportamiento y su marco de referencia. De acuerdo con esta perspectiva, el análisis de cambios y pasos que se dan, es más importante que el análisis del origen del problema y su mantenimiento (Cepukiene & Pakrosnis, 2011).

La TBCS hace énfasis en la salud mental, se ubica en el presente, se proyecta hacia el futuro y hace énfasis en la actitud de cooperación. Se cree, que el hablar de las causas del problema, su duración y señalar lo difícil que es para cambiarlo, frecuentemente tiene el efecto de hacer que el cliente se sienta aun más desamparado haciendo así el cambio más difícil. Por otro lado, el hablar de cómo el cliente quiere que las cosas sean diferentes y cómo lo va a hacer para que ocurra, lo

ayuda a creer que el cambio es posible, aumenta el sentido de autoeficacia y lo ayuda a centrarse en que es lo que se necesita para que el cambio se produzca (Gingerich & Wabeke, 2001).

Es así que la TBCS se basa en los siguientes operantes (Berg & Kelly, 2000; de Shazer, 1991, 1992, 1997, 1999):

- El problema no ocurre todo el tiempo y la solución es creada de esas excepciones.
- Es más fácil y relevante para las familias construir sobre sus mismas fortalezas y repetir comportamientos exitosos, que adoptar estrategias que resultan para alguien más.
- Pequeños éxitos pasados traen una esperanza acerca de uno mismo y de la propia vida.
- Las soluciones no son “encontradas” o “descubiertas” pero son co-creadas con los otros.
- No hay una conexión eterna entre un problema y una solución. La TBCS es realmente breve; hace de cada sesión como si ésta fuera la única.

Esta modalidad de terapia utiliza cuidadosamente preguntas utilizando herramientas de comunicación para tratar de cambiar percepciones a partir de un lenguaje co-construido entre el terapeuta y el cliente, combinándolo con el establecimiento de metas de colaboración y el uso de técnicas para fomentar la solución (Kim & Franklin, 2009).

O’Hanlon y Weiner-Davis (1993) consideran que es sustancial implantar en la terapia el principio de incertidumbre en la definición del problema utilizando preguntas encaminadas a encontrar lados fuertes, capacidades y recursos de los individuos provocando la co-creación de problemas solubles. Para ello es importante ayudar al consultante a romper con el encuadre

problemático, de modo que perciba las excepciones como “una diferencia que hace la diferencia” (Beyebach, 2013).

Este enfoque considera que los clientes desean cooperar con el terapeuta para encontrar una clave de solución al problema comunicando de esta manera la muerte de la “resistencia” como fenómeno terapéutico (de Shazer, 1991).

El cambio se concibe dentro de este enfoque no solo como posible, sino inevitable ya que forma parte de la vida y no se puede dejar de cambiar (de Shazer, 1991). El cambio es constante y la resolución de problemas puede ser rápida. Erickson utilizó la metáfora del “efecto de la bola de nieve” rodando por una montaña para explicar este fenómeno: pequeños cambios pueden desencadenar mayores (Selekman, 1996).

En resumen, la TBCS consta de 3 ingredientes (SFBTA Research Committee, 2013):

1. El uso de conversaciones centradas en las preocupaciones de los clientes.
2. Las conversaciones deben centrarse en la co-construcción de nuevos significados alrededor de las preocupaciones de los clientes.
3. El uso de técnicas específicas para ayudar a los clientes a co-construir una visión de un futuro deseado y ayudar a resolver problemas a partir de éxitos y fortalezas pasadas.

### **Función del terapeuta**

El trabajo del terapeuta consta en negociar soluciones accesibles y objetivos realistas, identificar y acrecentar el cambio a otras esferas del individuo ya que es el cliente quien fija las metas que quiere cumplir. Para ello es necesario centrarse especialmente en el lenguaje y en la descripción de la problemática dada por los clientes y de cómo se describen a sí mismos, pues es a partir de

esta información que el terapeuta puede hacer uso de los significados que surjan durante la conversación y puedan ser empleados en un proceso de negociación.

La conversación es una ruta para el cambio, en la que cliente y terapeuta van edificando mutuamente una realidad ofreciendo así la posibilidad de reconstruir y solidificar ciertos puntos de vista acerca de la misma; del mismo modo se puede manejar como una herramienta para poner en duda convicciones inservibles, operando las presuposiciones para crear durante la sesión terapéutica ideas o expectativas de cambio (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1993). De esta manera la terapia se convierte en un proceso lingüístico, un juego de lenguaje (Wittgenstein, 1998).

Se considera importante el valor de “estupidez” del terapeuta, dejando de esta manera de ser el experto pero sí un experto conversador para encaminar los significados de las palabras utilizadas por los clientes hacia una dirección productiva convirtiendo las palabras en magia (de Shazer, 1999). En lugar de buscar que es lo erróneo y tratar de arreglarlo, se busca qué es lo que está bien y el terapeuta averigua cómo usarlo en otros ámbitos. En la solución se habla con el cliente de todo lo que ha caminado bien en su vida, enfatizando sus éxitos y excepciones (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1993).

Para ello, se busca formular preguntas para ayudar al cliente a ver la situación desde una perspectiva diferente usando las técnicas de las TBCS que permiten encontrar claves donde la solución ya se está dando en la vida del cliente (Franklin & Jordan, 1999). Por lo tanto, la intervención deja de ser un proceso de “resolución de problemas” y se convierte en un trabajo de “construcción de soluciones” (de Shazer, Dolan, Korman, Trepper, McCollum & Berg, 2007)

La Filosofía Central de los terapeutas de acuerdo con Berg y Miller (1997) es:

- 1) Si no está roto ¡No lo componga!
- 2) Una vez que sepa que es lo que funciona ¡Haga más de lo mismo!
- 3) Si esto no funciona, no vuelva a intentarlo, ¡Haga algo diferente!

### **Fases de las sesiones y proceso de intervención**

El modelo no varía en esencia de un caso a otro, sin embargo el número de sesiones dependerá mucho del ritmo y cambio de las personas que en la mayoría de las investigaciones publicadas se sitúa entre las 3 y las 6 (Beyebach, 2013). La duración aproximada de cada sesión es de una hora con una periodicidad entre sesiones de aproximadamente 15 días, aunque ello depende en gran medida del proceso que llevan los consultantes. En este sentido las sesiones se estructuran generalmente de la misma manera (Rodríguez & Beyebach, 1994):

- 1) Una primera fase de “conversación terapéutica”.
- 2) Un periodo de intercesión en que el terapeuta se reúne con el equipo terapéutico, o si trabaja solo, se toma una pausa para reflexionar sobre lo ocurrido en consulta.
- 3) La intervención en que el terapeuta devuelve al cliente sus conclusiones y/o una visión general de la marcha del tratamiento y, si lo estima conveniente, le da una tarea.

Berg y Miller (1997) proponen tomar en cuenta los siguientes puntos en la construcción de un objetivo: a) tener importancia para el cliente; b) ser limitado y concreto para que pueda ser cumplido; c) plantear la presencia y no la ausencia de algo; d) que sean un comienzo y no un fin, e) que sean alcanzables y realistas; y f) que se perciba que exhiben un trabajo duro.

Para ello, de Shazer et al. (2007) consideran fundamental:

1) Mantener una actitud positiva, respetuosa y llena de esperanza: lo que hace el cambio es la actitud positiva y optimista del terapeuta, ver lo divertido o atractivo de una situación desagradable (Selekman, 1996). De esta manera el problema es “normalizado” y se genera en las personas una sensación de alivio generando en ellas a manera de ensayo, nuevas maneras de afrontar sus dificultades. Es importante creer en la capacidad de cambio del cliente, pues es determinante para alcanzar el éxito de la terapia.

O’Hanlon y Weiner-Davis (1993) mencionan que el emplear inicialmente las palabras utilizadas por los clientes representa una forma de unirse a ellos y establecer rapport; ya que frecuentemente, los clientes suelen relajarse de manera manifiesta cuando se sienten comprendidos; por tanto establecer empatía es un elemento primordial para alcanzar un resultado favorable.

2) Buscar soluciones previas: generalmente la mayoría de las personas han solucionado varios de sus problemas anteriormente. La solución es algo que se ha intentado y que ha funcionado, pero por alguna razón ya no se ha continuado haciendo y posiblemente hasta se ha olvidado.

3) Buscar excepciones: una excepción es algo que pasó en lugar del problema, con o sin la intención o comprensión del cliente.

4) Crear preguntas y evitar confrontaciones o interpretaciones: los terapeutas no realizan interpretaciones y ocasionalmente confrontan directamente a un cliente. En lugar de ello utilizan las preguntas como un importante elemento de comunicación.

5) Realizar preguntas centradas en el presente y en el futuro, no en el pasado.

- 6) Proporcionar cumplidos: validar lo que el cliente está haciendo bien y reconocer lo difícil que sus problemas son. De esta manera el terapeuta lo anima a cambiar mientras le da el mensaje de que lo ha estado escuchando y se preocupa por él.
- 7) Empujar suavemente a los clientes para hacer más de lo que está funcionando: es raro que un terapeuta haga una sugerencia o asigne una solución que no esté basada en soluciones previas o excepciones.

Por otra parte, Beyebach (2013) considera que es importante ir despacio y ajustarse al ritmo de cambio de los clientes, así como promover activamente la cooperación con el cliente ya que son los terapeutas quienes deben hacerlo, no a la inversa. Los terapeutas centrados en soluciones generalmente invitan a las sesiones (aunque no siempre) a aquellos que estén motivados para mejorar la situación ya que las personas relevantes para el cliente deben observar de los cambios y reaccionar ante ellos y así establecer secuencias alternativas de interacción.

Es importante en cada sesión realizar preguntas encaminadas a averiguar y revisar cuáles son las mejoras que se han ido dando. El trabajo con el equipo terapéutico sirve para afianzar los cambios generados durante la sesión y fomentar que los significados generados por la conversación terapéutica se plasmen en nuevas formas de actuar. El esquema de la intervención final no varía de una sesión a otra ya que consta fundamentalmente de dos partes: comentario positivo y tarea.

Cuando se han alcanzado los objetivos no es necesaria una sesión "de terminación" diferente de las demás simplemente se sigue atribuyendo el control a los consultantes. Si los clientes lo consideran útil, se concreta también una entrevista de seguimiento, seis meses o un año después

de la última sesión. En caso contrario, se hace el seguimiento por teléfono o mediante un cuestionario (Beyebach, 1999).

### Técnicas principales

Las principales técnicas de la TBCS mencionadas por diversos autores son las siguientes (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1993; Rodríguez & Beyebach, 1994; de Shazer, et al., 2007; Beyebach, 2013; SFBTA Research Committee, 2013):

NOMBRE	DESCRIPCIÓN
Co-creación de un contexto para el cambio	Se utiliza en la primera entrevista. Se le informa al cliente la forma de trabajo (p.e. equipo terapéutico, duración de la sesión) y los medios técnicos que se utilizan (p.e. espejo unidireccional). Se fija una duración máxima de diez sesiones, advirtiendo que sólo se utilizarán las necesarias.
Uso del lenguaje del cliente	Se emplea constantemente durante las sesiones para unirse a los clientes, establecer rapport y mostrar empatía.
Unión	Se refiere a ayudar a que los clientes se sientan cómodos, mostrando interés genuino por ellos
Cambio pre-tratamiento	Identificar qué cambios se han dado a partir de la primera llamada.
Para excepciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Elicitar</li> <li>b. Marcar la excepción</li> <li>c. Ampliar</li> <li>d. Atribuir el control</li> <li>e. Seguir</li> </ul>	Suscitar el tema de las excepciones. Dar la importancia necesaria a la excepción haciendo que sea vista como la “diferencia que marque una diferencia”. Hacer que los clientes hablen de ella el mayor tiempo posible con lujo de detalles. Empoderar al cliente de que él tiene el mando. Preguntar que otras excepciones han ocurrido.
Co-creación de profecías positivas de autocumplimiento	Crear sentimientos positivos en una discusión para favorecer un contexto diferente para la expectativa de cambio.
Pregunta del milagro/proyección hacia el futuro	Inducir al cliente a describir como serán las cosas cuando resuelva el problema actual conteniendo él



	quién, el qué, el cómo y el cuándo respecto al logro del objetivo.
Presuposiciones	Formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente. Se utilizan para introducir en la sesión ideas, expectativas y ampliaciones del cambio. También para identificar excepciones previas al tratamiento y convencer al cliente de la inevitabilidad del cambio (ej: ¿cómo sabrás que ya no necesitas venir aquí?). Las preguntas presuposicionales no deben formularse en términos cuyas respuestas sean “sí” o “no”.
Metáforas	Buscan transmitir de manera más eficaz, en sentido figurado, información a los consultantes y crear mayor intensidad en la terapia; se utilizan cuando los consultantes no aceptan las sugerencias directas o no cumplen las tareas.
Normalizar y despatologizar	Plantear muchas formas válidas de ser y estar sin verlo desde el punto de vista normal-anormal.
Pausa	Se utilizan para salir del espacio y pensar sobre las ideas que fueron creadas de manera individual o con el equipo terapéutico.
Elogios/cumplidos	Buscan apoyar al cliente en sus lados fuertes de modo que siga progresando o empezar a hacerlo. Incluyen las felicitaciones.
Connotación positiva	Busca modificar los puntos de vista del cliente dando un nuevo significado a la descripción del problema sugiriéndolo de manera positiva (p.e. la violencia como exceso de energía)
Deconstrucción	Se rastrean los significados atribuidos por los clientes al problema (origen, mantenimiento, involucrados y resolución), aceptando su marco de referencia como válido en un determinado relato dominante pero introduciendo dudas en su forma de ver las cosas. Se trabaja para que sean los clientes quienes generen un nuevo punto de vista.
Redefinición	Se busca cambiar los significados atribuidos por los clientes a los acontecimientos y a la conducta de las personas. A diferencia de la deconstrucción, es el terapeuta quien ofrece a los clientes un punto de vista diferente.

Preguntas para consolidar el cambio	Ampliar y reforzar los cambios (p.e. ¿qué tendrías que hacer para que estos cambios continuaran?)
Preguntas de escala (de avance, de confianza, de decisión)	Invitan al cliente a puntuar algo entre 0 y 10. Busca deshacer dicotomías y crear matices. Se amplía, atribuye el control y negocia el paso siguiente.
Preguntas de afrontamiento	Sirven para conversar sobre los recursos del cliente en situaciones negativas o extrema adversidad. Se utilizan al no encontrar excepciones o mejorías.
Prevención de recaídas	Se utilizan en problemas que suelen cursar con recaídas (p.e. adicciones). Se investiga primero los factores que podrían originar un retroceso y luego discutir los planes de acción.
Tareas	Se sugiere algo para pensar o hacer en el espacio entre sesiones y se procura que sea lo más simple posible. Pueden ser de fórmula (que quiere seguir manteniendo), de sorpresa (invitan a hacer algo nuevo) o de simulación (que actúen secretamente el “milagro”).
Externalización (White & Epston, 1993)	Se convierte el problema que afecta a la persona y a sus relaciones en entidades separadas de éstas.
Uso de cartas (White & Epston, 1993)	Contribuyen a la co-creación de narraciones nuevas y liberadoras. Se pueden utilizar para invitar a algún miembro de la familia que no quiere asistir o para reforzar algunos cambios que se han introducido durante las sesiones. Las puede realizar el terapeuta o el cliente.
Preguntas circulares (Tomm, 1987, 1988)	Se intenta construir realidades terapéuticas interaccionales haciendo preguntas por turno a los diferentes miembros de la familia sobre las conductas de dos o más de los miembros para que, tanto los clientes como el terapeuta, cambien su comprensión sobre la base de la información ofrecida por otros.

En general la TBCS permite la integración con otras técnicas y estrategias del campo de las terapias sistémicas breves (Rodríguez & Beyebach, 1994).

### **Utilización del enfoque**

De acuerdo con Beyebach (2013) hoy en día se puede hablar de diferentes labores influenciadas por el enfoque centrado en soluciones: trabajo social, protección de menores, *coaching*,

*counseling* y mediación, orientación e intervención escolar, enfermería, psicología organizacional basada en soluciones e incluso pastoral.

Este enfoque es utilizado en terapia y asesoramiento individual, familiar y de pareja, en el trabajo con grupos y con instituciones ya que aplica habitualmente a toda una gama de problemas clínicos: depresión (Knekt & Lindorfs, 2004; Estrada & Beyebach, 2007), esquizofrenia (Eakes, Walsh, Markowski, Cain & Swanson, 1997), trastornos de alimentación (Jacob, 2001), el manejo de enfermedades físicas como las lesiones de espalda (Cockburn, Thomas & Cockburn, 1997) o la enfermedad de Crohn (Vogelaar et al., 2011), la violencia en pareja (McCollum, Stith & Thosen, 2012), los pacientes somatomorfos (Schade, Torres & Beyebach, 2011) o el abuso de sustancias (Berg & Reuss, 1998).

Institucionalmente, el trabajo de de Shazer y Kim Berg impulsó a crear en 1993 la European Brief Therapy Association y en 1994 la Solution Focused Brief Therapy Association (SFBTA).

En el trabajo con adolescentes frecuentemente se afirma que el énfasis en una actitud positiva hacia el cliente y el proceso se conectan en la TBCS, lo que ayuda a minimizar la resistencia en los adolescentes mejorando la alianza terapéutica, disminuye la autoculpabilidad e incrementa la motivación de continuar con la terapia estimulando su pensamiento, además de ayudar a nombrar y entender cuáles son los cambios que el adolescente desea realizar (Simon & Berg, 2002). Algunos estudios revelan que la participación en una TBCS está relacionada con un decremento en la prevalencia de síntomas psicopatológicos (Perkins, 2006), signos de comportamiento antisocial, así como la gravedad de un problema presentado para la terapia (Gingerich & Eisengart, 2000), dificultades de conducta en las relaciones interpersonales y cambios positivos

en la autoestima y el estado emocional. Por otra parte, la efectividad de la TBCS está muy bien establecida en la población adulta (Macdonald, 2007).

## CAPÍTULO 4. MÉTODO

### **El estudio de caso**

Esta investigación es un estudio de caso abordado con el desarrollo de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) y por ello es importante puntualizarlo.

El estudio de caso es una investigación cualitativa, que se define como un proceso de investigación comprensivo que se lleva a cabo en un escenario natural, basado en tradiciones metodológicas distintas que exploran un problema social humano. El investigador hace descripciones de manera compleja y holística, analiza palabras y reporta detalladamente la información recabada (Ito & Vargas, 2005).

Cuando se habla de un caso, se tiende a suponer que se trata de un sujeto, pero puede también ser un conjunto de sujetos que forman un grupo, una familia o puede tratarse de la idea de un sujeto, por ejemplo, un programa de estudios o una institución. Una de las características más significativas de los estudios de caso es su afinidad con la situación clínica (Wainer, 2012).

Yin (1994) define a los casos de la siguiente manera: 1) el caso único tiene un carácter crítico, en tanto que el caso posibilita confirmar, modificar o ampliar el conocimiento del objeto estudiado; 2) se justifica por sus características de unicidad, lo que lo hace irrepetible y peculiar en el contexto que se ubica.

Esta herramienta de investigación tiene como propósito comprender las interacciones dadas entre las partes conformantes e importantes de un sistema, de tal manera que el análisis aplicado sea de manera genérica (Hartley, 1994), en cuanto que se logra una comprensión de los procesos, de la estructura y las fuerzas impulsoras, más que un establecimiento de correlaciones o relaciones causa-efecto (Gummesson, 2000).

Roussos (2007) realizó una clasificación de los estudios de caso único basada en el tipo de control que se ejerce sobre las variables de estudio:

- 1) Diseños experimentales de caso único: busca reducir las amenazas a la validez interna mediante un estricto control de variables y el establecimiento de relaciones de orden causal. Kazdin (2001) menciona que permiten el control de la intervención, una evaluación del rendimiento a lo largo del tiempo en las distintas condiciones y la búsqueda de configuraciones intracaso con el fin de obtener predicciones acerca del comportamiento.
- 2) Diseños observacionales de caso único: la clave para entender este tipo de diseño, es remitirse al hecho fundamental de la ausencia en los mismos, de una manipulación directa de la o las variables independientes. En Psicología Clínica se utilizan principalmente para Kratochwill, Mott y Donson (1984):
  - a) Los estudios de caso de Evaluación Diagnóstica. Brindan ejemplos de aplicación de instrumentos con el fin de realizar un diagnóstico o medir un resultado. Indican la modalidad de evaluación utilizada.
  - b) Los estudios de caso de Intervención terapéutica. Describen un trastorno clínico o evaluar los efectos de un tratamiento haciendo énfasis en las características del caso y en los resultados obtenidos, sin empeñarse en describir la forma de evaluación.
- 3) Presentaciones de caso: se refieren a la narración de un caso o parte del mismo sin ningún tipo de evaluación con fines de investigación. Contienen datos cualitativos, con bajo o nulo nivel de cuantificación o formalización. No se manipulan variables y se suele observar de manera holística. Su única formalización se relaciona con la escritura del

mismo, en la que se requiere que exista una cantidad de información mínima que pueda identificarse con las características del sujeto.

### Fiabilidad

Yin (1994) establece que la fiabilidad es un criterio para demostrar que las operaciones de un estudio y los procedimientos de recopilación de datos, pueden repetirse con los mismos resultados. Se busca minimizar los errores y sesgos de la investigación determinando un protocolo del caso con la especificación de todos los pasos que se han seguido y una base de datos que tenga toda la información recopilada para responder a alguien que solicite su justificación (Bonache, 1999).

### Validez del modelo

Ésta tiene varios aspectos fundamentales: se deben abarcar todos los conceptos a analizar, las medidas operativas que los caractericen deben ser indicadores verdaderos del fenómeno y se debe elegir una manera eficiente que funja como evaluador de todo lo que se va a investigar. Para lograrlo se pueden utilizar varias fuentes de evidencia, establecer una cadena de evidencia y exponer a revisión de expertos los resultados preliminares de la investigación.

### Validez interna

La validez interna de un estudio de caso se refiere al grado en el que la investigación es objetiva porque muestra y expone la verdadera situación estudiada (Bonache, 1999). Para garantizar la validez interna se aconseja la triangulación, el ajuste a un patrón, la construcción de explicaciones y el análisis de series temporales (Yin, 1994). Para efectos de este estudio, solo se describirá la triangulación.

## Triangulación

Según Denzin (1970) la triangulación es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, de investigadores o múltiple en el estudio de un fenómeno singular.

De acuerdo con Easterby, Thorpe y Lowe (2002) la triangulación teórica consiste en utilizar modelos teóricos de una disciplina para explicar situaciones en otras; la de datos hace referencia al uso de datos provenientes de diversas fuentes o momentos temporales; la de investigadores radica en la comparación de los datos entre investigadores sobre el mismo fenómeno y la metodológica usa diferentes métodos o técnicas a la hora de recoger datos.

El fundamento de la triangulación metodológica reside en el planteamiento de que los métodos son instrumentos de investigación que permiten estudiar un problema y facilitar su entendimiento, por lo que las técnicas cuantitativas y cualitativas son complementarias (Jick, 1979). La triangulación de métodos puede ser:

- a) Intramétodos. Se utilizan múltiples variedades de un mismo método para obtener e interpretar datos con el objetivo de verificar la consistencia interna y la fiabilidad.
- b) Intermétodos. Miden el grado de validez externa de los datos, emplea metodología cualitativa y cuantitativa; puede ser:
  - a. Simultánea (al mismo tiempo) o
  - b. Secuencial (Olsen, 2004)
    - Deductiva: un método cuantitativo precederá a un método cualitativo (Quan a Qual).
    - Inductiva: la metodología cualitativa orienta el desarrollo de la investigación cuantitativa (Qual a Quan).



### Validez externa

El estudio de caso, se refiere a la capacidad de generalización analítica de un conjunto particular de resultados a una teoría más amplia (Yin, 1994). Otro camino para obtener la validez externa consiste en analizar las experiencias de los casos bajo estudio, recurriendo a las citas textuales de las opiniones y respuestas otorgadas por los entrevistados (Dubé & Paré, 2003).

De esta manera, la lógica de la réplica subyace a la lógica de selección de casos de manera que cumpla con dos requisitos: 1) réplica literal (que se predigan resultados similares a otro caso) y 2) réplica teórica (cuando se generan resultados opuestos a los casos por razones predecibles) (Yin, 1994).

La lógica de la réplica otorga al estudio una muy importante validez externa porque permite esperar que en casos con condiciones similares se puedan realizar estudios que den resultados parecidos o iguales (Castro, 2010).

### **Justificación**

Desde el aspecto histórico, los estudios de caso único han cumplido un papel fundamental en el contexto de descubrimiento en todas las escuelas de la Psicología Clínica (Wainer, 2012) y una parte de la investigación cualitativa en este campo busca examinar los aspectos subjetivos que comprueban la salud mental del individuo, por lo que el método de investigación para hacerlo rescata al sujeto como fuente del conocimiento (sus acciones, pensamientos, sentimientos, percepciones, etc.) y de esta manera anexa la subjetividad como objeto de estudio, sin buscar encontrar leyes generales que expliquen los casos o hechos individuales centrándose en comprender, descubrir y describir, más que en probar hipótesis (Facultad de Psicología-Universidad de la República, 2010).

Por otro lado, de acuerdo con Beyebach (2013), existen numerosos datos que confirman que la TBCS permite conseguir efectos positivos en un tiempo breve y se adapta bien a una gran variedad de contextos clínicos y no-clínicos. Los meta-análisis existentes permiten asegurar que esta modalidad de intervención tiene al menos un efecto entre pequeño (Kim, 2008) , moderado (Stams, Dekovic, Buist & De Vries, 2006) y superior en torno a  $d=.80$  (por ejemplo, Knekt et al., 2008; Schade et al., 2011), por lo que esta investigación busca hallar los efectos terapéuticos de la Escuela de Soluciones en un estudio de caso ya que para el psicólogo clínico, “un caso” expresa la singularidad misma del ser siendo la pintura viva de un pensamiento abstracto (Nasio, 2001).

### **Tipo De Estudio**

Estudio de caso observacional, de intervención terapéutica, que utiliza la triangulación intermétodo secuencial con la técnica pretest/postest de caso único dado que con el fin de evaluar los resultados de la intervención, se aplicaron los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. Es importante referir que en esta investigación se utilizó un consentimiento informado (véase anexo), advirtiendo y aclarando la naturaleza de la investigación, con un lenguaje claro y sencillo, respetando los derechos de confidencialidad y participación. Para ello el individuo será identificado como Pedro.

### ***Pregunta de investigación:***

- 1) ¿Es posible obtener efectos positivos en un tiempo breve, en un caso proveniente del CSP Dr. Guillermo Dávila al abordarlo con el modelo de la Terapia Breve Centrado en Soluciones?

## **Objetivo general**

Describir la intervención terapéutica brindada a “un caso” durante la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos, abordado desde la Escuela de Soluciones en el CSP “Dr. Guillermo Dávila”.

## **Objetivos específicos**

1. Ubicar los procedimientos terapéuticos de la TBCS.
2. Evaluar los efectos de la psicoterapia con pretest, postest y seguimiento.
3. Describir la importancia del equipo terapéutico como soporte y forma de supervisión.

## **Hipótesis sobre el caso**

- Pedro posee recursos y fortalezas que ayudarán a resolver su problema.
- Realizando un pequeño cambio, se producirá uno mayor.

## **Procedimiento**

En la primera fase de pretest se utilizó el método cuantitativo dirigido a la evaluación del usuario mediante la aplicación de: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) e Inventario de Depresión de Beck (BDI).

La segunda fase correspondió a la realización de la psicoterapia en 8 sesiones, se trabajó con equipo terapéutico, supervisión directa en cámara de Gesell y se utilizaron métodos cualitativos verbales y observacionales,. La supervisión de cada sesión quedó conformada de la siguiente manera:

- 1) Pre-sesión: tanto el terapeuta como el equipo terapéutico se reunían previo a la sesión para revisar información que fuera de ayuda para los casos, así como preguntas a plantear

que se consideraran necesarias mediante el desarrollo de una estrategia breve basada en la sesión previa tomando en cuenta las sugerencias de todos los integrantes del equipo.

- 2) Inter-sesión o consulta con el equipo terapéutico: realizada minutos antes de concluir la sesión. El terapeuta y el equipo intercambiaban comentarios breves acerca de la sesión y se preparaban devoluciones y tareas.
- 3) Post-sesión: una vez finalizada la sesión, se comentaban las reacciones, dificultades y dudas existentes durante la sesión. Esta etapa permitió reducir la ansiedad del terapeuta, brindar esperanza en el trabajo realizado y generar ideas creativas que pudieran ayudar para la siguiente sesión.

Al final de la psicoterapia durante la tercera fase se utilizó nuevamente el método cuantitativo cuando se aplicaron de nuevo las escalas clínicas (postest) para conocer los cambios sintomáticos producidos por el tratamiento con relación al motivo de consulta un mes después de haber finalizado el tratamiento.

La cuarta y última fase correspondió a la evaluación de seguimiento, con el propósito de valorar si se mantenían o no los cambios producidos por la psicoterapia (tres meses después de haber aplicado el postest).

## **CAPÍTULO 5. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO**

*Nota:* Para fines didácticos, los resultados pretest/postest se presentarán en una tabla al finalizar la descripción de las sesiones. Las citas textuales del cliente serán puestas en *cursiva* y “comillas”.

### **Presentación del caso clínico**

#### **Pre-consulta**

**Fecha: 14/08/13**

#### *Ficha de identificación*

Nombre: Pedro                      Edad: 20

Sexo: (H)                      Estado civil: Soltero

Fecha y lugar de nacimiento: 29 Junio 1993 México D.F.

Lugar de residencia los últimos 5 años: Casa de sus padres

Religión: Católico

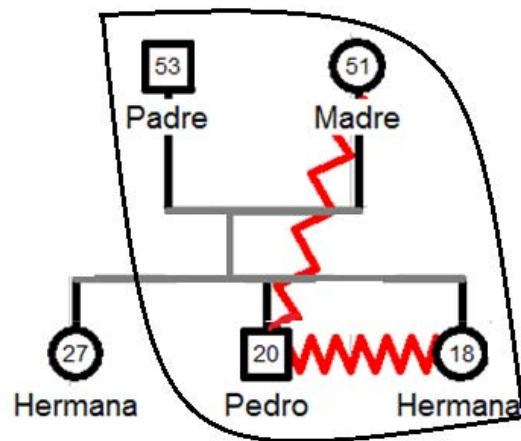
Nivel máximo de escolaridad: Bachillerato

Ocupación: Estudiante y empleado

Referido por alguna institución: NO

**Supervisora:** Dra. Anel Hortensia Gómez San Luis.

## Familiograma



*Tabla de composición familiar*

<b>Parentesco</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>
<b>Padre</b>	Masculino	53	Empleado
<b>Madre</b>	Femenino	51	Hogar
<b>Hermana</b>	Femenino	27	Empleada
<b>Hermana</b>	Femenino	18	Estudiante

Motivo de consulta referido en la ficha de admisión: “celos patológicos y depresión” (sic.).

A. *Principales antecedentes al motivo de consulta.* Desde los 3 meses de noviazgo con su última pareja (“Ale”) iniciaron los celos porque un amigo de Ale la pretendía y ella se lo comentó a Pedro. En un inicio le pidió a su ex pareja que se apartara de ese amigo y funcionó, pero otros ex novios la buscaban y él desconfiaba todo el tiempo; inclusive esperaba en casa de Ale a sus ex novios para golpearlos con el objetivo de que ya no la buscaran.

En algún momento ya había acudido a terapia psicológica (con una duración aproximada de 8 meses) cuando tenía 11 o 12 años porque tartamudeaba y se peleaba mucho en la

escuela, además de buscar elaborar la pérdida de su mascota. Ésta le ayudó a hablar un poco mejor y a tener un mejor comportamiento, así como admitir que su perro ya no estaba con él.

B. *Situación actual del motivo de consulta.* Solicita atención psicológica porque quiere “*curarse de sus celos patológicos*” (sic.), pues menciona que está arrepentido de haber golpeado, humillado y escupido a su pareja, argumentando que todo lo hizo porque él imaginaba o pensaba que ella tenía sexo con otros chicos con los que él la veía platicando. Él sigue buscándola, aunque ella le dice que ya no quiere verlo. Menciona que se siente deprimido ya que tiene ganas de volver con ella y ésta situación le provoca muchas ganas de llorar y no le da hambre.

C. *Áreas afectadas por el problema:* deportiva (dejó de ir a jugar fútbol), social (dejó de salir con sus amigos) y familiar (discute frecuentemente con sus padres).

## **Descripción del proceso terapéutico**

### Objetivos del tratamiento

- 1) Apoyar al consultante para que explore los cambios orientados al futuro que desea realizar.
- 2) Explorar cuándo, dónde, con quién y cómo algunas partes de ese cambio al que aspira se han presentado.
- 3) Generalizar las excepciones y extrapolarlas a diferentes ámbitos de la vida del cliente.
- 4) Evaluar los resultados terapéuticos mediante la aplicación pre-post de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.

Descripción de las sesiones

**Fecha: 27/09/2013**

**Nº de sesión: 1**

<b>Fases</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Descripción</b>
<b>Conversación terapéutica</b>	Plantear el encuadre del tratamiento. Conocer la demanda del cliente. Conocer su dinámica familiar, intereses y actividades.	Co-creación de un contexto para el cambio Unión Redefinición del motivo de consulta Cambio pre-tratamiento	Se planteó cual sería la forma de trabajo con el equipo terapéutico, duración (1 h) y periodicidad (cada 15 días). Posteriormente se indagó el motivo por el que asistía ya que había pasado más de un mes desde la preconsulta. Pedro mencionó que “ <i>busca superar a su exnovia</i> ” y se co-construyó el motivo actual hasta poder concluir que buscaba elaborar su duelo porque su situación le ha afectado en varias áreas de su vida: dejó de jugar futbol y salir con sus amigos. Mencionó superficialmente qué pasó en su relación pasada. A partir de ello se descubrió que su demanda inicial no correspondía con la actual (anteriormente había mencionado que le gustaría regresar con ella y ahora busca elaborar su duelo sin ella). Se exploró la relación familiar, escolar y laboral. Mencionó que tiene mala relación con su hermana menor ya que percibe que solo lo quiere perjudicar. Su papá es la cabeza de la familia quien establece normas y a partir de que un día él lo golpeó, Pedro siempre lo obedece. Su papá trabaja constantemente y casi no está en casa. El apoyo de su padre es poco en forma económica porque le ha enseñado que él tiene que ganarse las cosas y que éstas le tienen que costar. Percibe que su mamá solo pasa tiempo con su hermana por lo que él nunca la obedece. Las personas significativas para él son su abuela y su hermana mayor con quienes platica cuando puede. Académicamente cursa la licenciatura de Criminología y criminalística. Él quería ser psicólogo pero no entró a la UNAM, para sustentar sus estudios trabaja como chofer en la ENP 2 y por ello se siente obligado a trabajar.



			Se exploró cuales habían sido las estrategias utilizadas para enfrentar su problema ya que se sentía triste, no quería comer y se distraía fácilmente en la escuela (mencionó escuchar <i>“música que contenga mensajes positivos y buscar frases de la vida en internet que pongo en el facebook”</i> (sic.)). Se le informó que era momento de salir a platicar con el equipo.
<b>Consulta con el equipo terapéutico</b>	<p>Generar cambios a partir de recursos mismos del cliente.</p> <p>Identificar fortalezas para favorecer la disposición al cambio y que éste no se perciba como imposible o inalcanzable.</p> <p>Intercambiar información con el terapeuta.</p>	Pausa	Se discutió en el equipo cuales habían sido las impresiones que había causado Pedro y qué excepciones se habían encontrado; se contrastaron los resultados de las pruebas diagnósticas con lo obtenido en la conversación terapéutica y se propuso enfatizar sus fortalezas como técnica para bajar su ansiedad, hasta perfilar las posibles soluciones basándonos en sus recursos.
<b>Cierre, devoluciones y tareas</b>	<p>Mostrar al cliente sus fortalezas.</p> <p>Seguir evitando que su problemática interfiera con su vida cotidiana “haciendo más de lo mismo”.</p> <p>Señalar que hay cosas que ya se están dando a partir de los cambios pre-tratamiento.</p> <p>Fomentar el desahogo emocional.</p>	<p>Elogio</p> <p>Excepciones</p> <p>Tareas de fórmula y sorpresa</p> <p>Uso de cartas</p>	<p>Se le devolvió que el cliente posee fortaleza ya que a pesar de sentirse triste no ha dejado sus actividades cotidianas como dejar de ir a la escuela o a trabajar enfatizando lo anterior como una excepción a su tristeza, además de ser muy sensible ya que las canciones que escuchaba tenían contenido emocional y las frases que publicaba eran mensajes positivos que lo ayudaban a ver la vida de diferente manera.</p> <p>Su tarea consistió en seguir haciendo lo que hacía (escuchar música y buscar frases), además de determinar una hora en pensar en su exnovia (la que él eligiera) y utilizar distracciones cuando pensara en ella fuera de esa hora asignada. También se empleó el uso de cartas hacia Ale mencionando todo aquello que él quisiera decirle sin que estas cartas fueran entregadas.</p>

Fecha: 11/10/2013

Nº de sesión: 2

Fases	Objetivos	Técnicas	Descripción
<b>Conversación terapéutica</b>	<p>Fortalecer la relación cliente-terapeuta a partir de mostrar interés y empatía.</p> <p>Conocer los avances de Pedro a partir de la sesión anterior.</p> <p>Fortalecer los cambios a partir de las excepciones.</p>	<p>Excepciones (elicitar, ampliar)</p> <p>Presuposiciones</p> <p>Elogios</p>	<p>Se exploraron los resultados de la tarea pasada como solución. La hora elegida por Pedro fue en la noche después de concluir sus actividades y cuando sus padres ya estuvieran dormidos. Describió a grandes rasgos lo más significativo de su tarea en donde mencionaba su llanto y tristeza durante los primeros días posteriores a la sesión y cómo se iban reduciendo poco a poco. Para ello se emplearon preguntas como ¿Qué fue diferente desde la sesión pasada?, ¿Qué hacías cuando pensabas en Ale? Ello permitió observar notables avances mencionando que “se sentía mejor” y las distracciones habían disminuido considerablemente.</p> <p>Se resaltaron sus fortalezas como la constancia por hacer su tarea y su capacidad de salir adelante.</p> <p>Posteriormente mencionó que su exnovia aún lo buscaba marcándole a su celular y se le pidió que describiera cómo fue la relación con ella: él era muy celoso con Ale hasta considerarlos como “celos patológicos” (sic.). Existió maltrato físico ya que la escupía y la golpeaba, sin embargo se descubrió que el maltrato era recíproco ya que Ale “provocaba” (sic.) a Pedro comparándolo y hablándole de otros hombres y su interés por ellos (maltrato psicológico y emocional) expresando “me celaba con otros hombres” (sic.). A partir de su descripción se consideró como una persona agresiva y violenta. Acto seguido, se le informó de la pausa.</p>

<b>Consulta con el equipo terapéutico</b>	<p>Generar cambios a partir de recursos mismos del cliente.</p> <p>Reforzar fortalezas a partir de la redefinición.</p> <p>Intercambiar información con el terapeuta.</p>	<p>Pausa</p>	<p>Se discutió en el equipo cuales habían sido las impresiones que había causado a partir de la sesión anterior y se sugirió que la devolución estuviera enfocada en mencionar que Pedro no es agresivo, sino que tiene una energía mal encaminada y que esa energía es la que lo ayudará a salir adelante.</p>
<b>Cierre, devoluciones y tareas</b>	<p>Reforzar aspectos positivos.</p> <p>Fomentar el desahogo emocional.</p> <p>Mostrar una actitud cooperativa en su elaboración de duelo.</p> <p>Fortalecer su auto percepción a partir de la redefinición.</p>	<p>Elogio</p> <p>Connotación positiva</p> <p>Redefinición</p> <p>Tarea de fórmula y sorpresa</p> <p>Uso de cartas</p>	<p>Se le devolvieron los aportes que el equipo terapéutico mencionó considerándolo a él como alguien con mucha energía que encamina con violencia, sin embargo esa energía era la que iba a ser posible el cambio en su vida. Pedro aceptó el comentario y expresó sus impresiones acerca de que la agresión efectivamente es energía y se mostró contento con la devolución.</p> <p>Para cerrar la sesión, su tarea consistió en continuar con la tarea asignada anteriormente, no contestar ninguna llamada de números desconocidos (ya que es la estrategia que su exnovia utilizaba para buscarlo) y que se realizara una carta así mismo para fomentar la connotación positiva a partir de la devolución realizada, además de reconfortarse asimismo. Se le planteó la idea de platicar consigo mismo frente a un espejo para observar si en realidad era agresivo o alguien lleno de energía, encontrar otras virtudes en él y de ésta manera contrarrestar las comparaciones que Ale realizaba.</p>

Fecha: 25/10/2013

Nº de sesión: 3

Fases	Objetivos	Técnicas	Descripción
<b>Conversación terapéutica</b>	Conocer los avances de Pedro a partir de la sesión anterior. Extrapolar la redefinición realizada a otras situaciones. Definir cuáles son los objetivos concretos del consultante.	Excepciones (ampliación) Preguntas para consolidar el cambio Proyección hacia el futuro Elogio	Se exploró cuáles fueron los resultados de la tarea asignada en la sesión pasada. Pedro mencionó que ya no había realizado por completo la tarea debido a que estaba ocupado en otras cosas como tareas de su escuela. Se realizaron preguntas encaminadas a comparar su estado anterior y el actual, así como ¿qué ha sido diferente? Con esta pregunta se observaron notables avances ya que decidió nuevamente salir con sus amigos y ya no pensó tanto en Ale. Posteriormente se hicieron cumplidos validando todo lo que estaba haciendo bien y a partir de la redefinición del problema (no es agresivo sino posee energía mal encaminada) mencionó una situación en la que un señor le quería pegar y él pudo controlarse pensando cuáles serían las consecuencias que tendría si lo hubiera agredido a lo cual se le animó a seguir manteniendo ese cambio con preguntas como ¿Cómo le hiciste para detenerte? ¿Qué puedes hacer en otras situaciones? Consecutivamente a partir de la conversación a través de preguntas mencionó que le encontró sentido a su dolor y disfrutó todo lo que hay a su alrededor como sentir la lluvia (narró una situación donde no le importó mojarse, sino sólo sentir el agua). A partir de ello, define qué es lo que quiere: <i>“darme tiempo para mí y no tener ninguna relación...vivir mi duelo” (sic.)</i> . Acto seguido, se le informó de la pausa.
<b>Consulta con el equipo terapéutico</b>	Generar cambios a partir de recursos mismos del cliente. Reforzar el cambio.	Pausa	Se discutió en el equipo cuáles habían sido las impresiones que había causado a partir de la sesión anterior. Se sugirió la devolución consistente en reforzar cómo pudo controlarse ante la presencia

	Reelaborar su comportamiento en aspectos positivos.		manifiesta de agresión. Se le planteó un esquema para controlar sus emociones: sentir, pensar y actuar (el cual fue escrito para que lo recuerde) así como la frase: “Al sentir la lluvia eso es vivir”.
<b>Cierre, devoluciones y tareas</b>	<p>Reforzar aspectos positivos y Desahogo emocional.</p> <p>Mostrar una actitud cooperativa en su elaboración de duelo.</p> <p>Fortalecer su auto percepción a partir de la deconstrucción.</p> <p>Extrapolar de la solución co-construida a otras situaciones a partir del esquema sentir-pensar-actuar (SPA).</p>	<p>Elogio</p> <p>Excepciones (marcar la excepción, ampliar, atribuir el control, seguir)</p> <p>Tarea de fórmula y de sorpresa.</p>	<p>Se le devolvió la frase “al sentir la lluvia eso es vivir” ampliando esa frase con otras circunstancias de la vida como el dolor, la tristeza o la alegría extrapolándolo a otras situaciones. Se le pidió que él mismo se asignara una tarea a lo que respondió continuar con las anteriormente dejadas. Se le invitó entonces que para la próxima sesión trajera una carta que haya escrito con el objetivo de descubrir los cambios del lenguaje en la construcción del duelo. Posteriormente se le explicó el esquema propuesto por el equipo de sentir-pensar-actuar (definir ante una situación que reacciones experimenta, analizar cuáles son las consecuencias ante una toma de decisión y por último actuar conforme a la decisión tomada) para controlar sus emociones y se le entregó el papel escrito.</p>

Fecha: 15/11/2013

Nº de sesión: 4

Fases	Objetivos	Técnicas	Descripción
<b>Conversación terapéutica</b>	Conocer los cambios a partir de la sesión anterior. Señalar conductas incongruentes a partir de sus objetivos personales.	Unión Preguntas de afrontamiento Deconstrucción Preguntas circulares	Se exploró cuales habían sido las mejorías que había obtenido Pedro a partir de las soluciones adoptadas y mencionó que en esas últimas semanas había tenido varios contactos con su pareja. Acto seguido se preguntó ¿Qué ha sucedido en ti a partir de los encuentros? Contestó “ <i>me pone de malas</i> ” (sic.). A partir de preguntas de afrontamiento se le mostró la indecisión existente en seguir hablando o no con su exnovia. Mencionó que ella quiere regresar con él y de qué manera lo seguía “celando”. Se realizaron preguntas que permitieran la comprensión de dicha situación a lo que mencionó que él desea agredir físicamente a la “supuesta pareja actual” de su exnovia ya que no tiene la certeza de que sea verdad. Sintió que tuvo un retroceso y las preguntas de afrontamiento y deconstrucción permitieron descubrir que es su inseguridad e incertidumbre de lo que pasará a futuro lo que lo tiene en ese estado. Se presentó con signos de golpes en su cara y se exploró que fue lo que pasó: se peleó en la escuela ya que uno de sus compañeros lo agredió primero. Se le preguntó qué había pasado con el esquema de SPA de la sesión anterior y señaló que no se acordó y lo perdió. Posteriormente se le informó de la pausa.
<b>Consulta con el equipo terapéutico</b>	Intercambiar información con el terapeuta. Comprender y co-construir la percepción de la situación.	Pausa	Se discute lo observado en sesión y se observa detrás del espejo que Pedro se encuentra muy ansioso e incluso que se arranca el cabello. En el equipo no se habló de retroceso, sino parte de un proceso que es normal ante la situación de duelo.
<b>Cierre, devoluciones</b>	Reforzar aspectos positivos. Mostrar una actitud cooperativa en	Co-creación de profecías	Antes de finalizar la sesión, se revisó la carta que se escribió. La leyó en voz alta y el tema principal del contenido era: “ <i>quiero ser</i>

<p><b>y tareas</b></p>	<p>su elaboración de duelo.          Crear sentimientos positivos para favorecer un contexto de esperanza y expectativa de cambio.          Resignificar las concepciones del proceso de duelo.          Validar la concepción de “retroceso” y buscar cambiar los significados atribuidos.          Fomentar el empleo de las soluciones encontradas concediéndolo como el experto en la resolución de sus conflictos.</p>	<p>positivas de          autocumplimiento          Metáfora          Connotación          positiva          Redefinición          Normalización          Prevención de la caída          Tarea de fórmula</p>	<p><i>mejor persona” (sic.)</i> en todos sus contextos. Después de leerla recordó que discutió con su mamá (ya que ella le dice que por agresivo y por ser como es Ale lo dejó). Como intervención se utilizó la metáfora de una rana en un pozo que avanza 3 pasos y se resbala 2. Se le indicó que él era la rana y así era su proceso (y no un retroceso) donde siempre avanzaba tanto en el duelo como en su energía canalizada en agresión. Se mencionó que Ale tal vez lo iba a seguir buscando pero él tenía la decisión de responder a ello o no ya que conocía cuáles eran las consecuencias. A partir de la carta se resaltó su sensibilidad y su fortaleza ya que el contenido era emocional y estaba enfocado en pro del cambio. Al finalizar la sesión él decidió seguirse escribiendo y se le recordó el esquema sentir-pensar-actuar.</p>
------------------------	---	---	--

Fecha: 22/11/13

Nº de sesión: 5

<b>Fases</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Descripción</b>
<b>Conversación terapéutica</b>	Conocer los avances de Pedro a partir de la sesión anterior. Resaltar conductas contradictorias en su proceso.	Excepciones (seguimiento) Presuposiciones Preguntas circulares	Se exploró cuáles fueron los cambios a partir de la última sesión. Pedro expresó avances que ha tenido ya que después de 3 meses volvió a jugar fútbol y se notó más relajado que la sesión precedente. Se buscó obtener ejemplos de cómo ha practicado lo aprendido durante el tratamiento a partir de presuposiciones: ¿Qué cambios han habido últimamente además de jugar fútbol? Mencionó los cambios mantenidos como salir con amigos y también que había tenido encuentros con su exnovia. Se le preguntó en qué habían consistido esos encuentros a partir de preguntas circulares. Se encontró que ella lo buscaba, Pedro la veía pero le decía que no estaba interesado en regresar con ella. Esto sucedió en más de una ocasión. Se le indicó que él le envía dobles mensajes a Ale ya que él le ha dicho que no quiere regresar con ella pero por otro lado responde ante la petición de ella para verse cómo si en realidad si quisiera regresar a su relación pasada. Acto seguido respondió que un accidente en moto que tuvieron en el pasado tuvo consecuencias en el estado físico de Ale, por lo que lo buscaba para obtener apoyo económico que él estaba dispuesto a darle porque se sentía culpable de lo que pasó. Posteriormente se le informó del momento de la pausa.
<b>Consulta con el equipo terapéutico</b>	Conocer cuál es el motivo de su incongruencia conductual.	Pausa	Se discutió cuáles habían sido las impresiones que había causado el relato y el equipo sugirió explorar más qué fue lo que pasó en el accidente.
<b>Cierre, devoluciones y tareas</b>	Esclarecer la situación nueva que abrió. Ayudarle a fijar límites a partir de la situación mencionada.	Preguntas circulares	La devolución estuvo en función de aclarar que fue lo que pasó. Pedro mencionó que ya tiene tiempo que se cayeron ambos de la moto y ella se fracturó. A raíz de eso no quedó completamente recuperada y por ello le pedía ayuda económica. Por otro lado tenía el conocimiento de las consecuencias legales que podía tener y por eso él no se alejaba de ella. Mencionó que la quiere ayudar pero ella no se deja, únicamente le pedía ayuda pero no la aceptaba. La tarea consistió en aclarar las cosas con su exnovia y brindarle el apoyo que ella necesita, no el que él quiere darle.



Fecha: 17/01/14

Nº de sesión: 6

<b>Fases</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Descripción</b>
<b>Conversación terapéutica</b>	Conocer los avances de Pedro a partir de la sesión anterior. Ampliar y reforzar los cambios Resaltar conductas contradictorias en su proceso.	Preguntas para consolidar el cambio Preguntas de afrontamiento	El tratamiento se retomó después del periodo vacacional decembrino. Se exploró que había sucedido en ese tiempo. Posteriormente se realizaron preguntas para consolidar el cambio y a partir de ello Pedro mostró avances ya que durante la sesión mencionó que es lo que aún le hace falta en relación al motivo de consulta mencionado anteriormente (no ver a Ale, no pensar en ella para vivir su duelo) y también se mostró consciente de los avances conseguidos (jugar fútbol, salir con amigos, no distraerse pensando en Ale) buscando dar ejemplos de cómo había practicado lo aprendido durante el tratamiento. Narró que había mujeres que manifestaban querer tener una relación con él y salía con ellas. Posteriormente se retomó lo de la sesión anterior respecto a los dobles mensajes que manda. A partir de preguntas de afrontamiento se encontró que Pedro tenía claro el no querer tener ninguna relación afectiva con nadie en esos momentos porque se quería enfocar en sí mismo, sin embargo no les expresa abiertamente a ellas lo que quería. Después se le informó de la pausa.
<b>Consulta con el equipo terapéutico</b>	Intercambiar información con el terapeuta. Señalar posibles devoluciones.	Pausa	Se discutió en el equipo cuales habían sido las impresiones que había causado.
<b>Cierre, devoluciones y tareas</b>	Señalar el continuo mantenimiento del cambio. Conceder al cliente como experto en la implementación de soluciones.	Elogio Excepciones (elicitar, marcar la excepción, atribuir el control)	Se señaló en la devolución “la claridad de su motivo de consulta” como fortaleza (seguir elaborando su duelo, no regresar con Ale y tener tiempo para él) mencionando que en realidad no mostraba dificultades para saber qué es lo que desea y que si lo pudo expresar en sesión también es capaz de hacerlo en otros ambientes (devolución para consolidar el cambio). Se le invitó a que expresara claramente lo que quería con relación a los demás. Por último la tarea fue no tener ningún contacto con su ex novia.

Fecha: 24/01/14

Nº de sesión: 7

Fases	Objetivos	Técnicas	Descripción
<b>Conversación terapéutica</b>	Buscar cómo las soluciones se habían extrapolado a otros campos. Atribuir el control de su situación. Ampliar y reforzar los cambios. Adaptarse al lenguaje del cliente para unirse con él. Apoyar al cliente en sus lados fuertes para continuar con los progresos.	Preguntas para consolidar el cambio Elogio Unión Uso del lenguaje del cliente Metáfora Preguntas de escala (unida a la metáfora)	Al inicio de la sesión se buscaron los sucesos relevantes que habían sucedido durante la semana observando que el duelo y Ale ya no eran el tema central de su discurso. Los tópicos mencionados por Pedro se encontraban orientados hacia las consecuencias positivas que habían surgido en su día a día tras la búsqueda y el empleo de soluciones co-construidas en el proceso. Se le motivó a partir de cumplidos y felicitaciones. Se le preguntó qué había pasado con su motivo de consulta y respondió que el duelo por el que estaba pasando era como una guerra. Ello se utilizó para mencionar que en una guerra hay batallas por superar y se le hizo la siguiente pregunta a manera de escala: “¿qué batallas ya has ganado y cuáles te faltan por ganar?”. Se le invitó a que plasmara en el pizarrón cuales habían sido las “batallas” superadas (por ejemplo, el salir con sus amigos, que el motivo de consulta no interfiriera con sus estudios, jugar futbol nuevamente, etc.) y cuáles le faltaban superar (el escribió: ya no pensar en Ale, ya no sentir nada por ella). Se observó que las situaciones no resueltas estaban en función con sus sentimientos, por lo que la devolución consistió en mencionar que así como en toda guerra hay aliados, en su guerra para salir victorioso de esas batallas, su aliado sería el tiempo, además de que Ale ya formaba parte de su historia y no pensar en ella no sería posible: ella se encontraba en un momento de su vida y en ese momento se quedaría. Se le vio animado por las devoluciones realizadas y se le informó de la pausa.

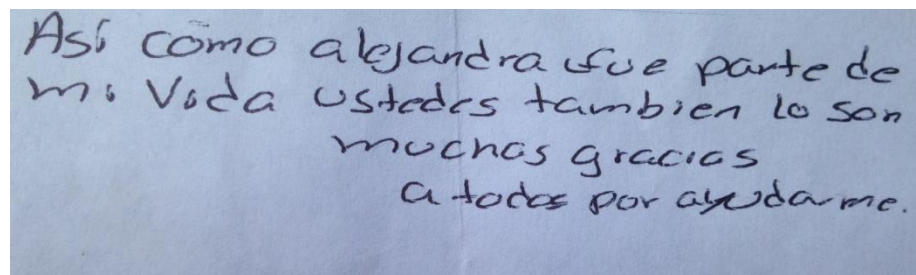
<b>Consulta con el equipo terapéutico</b>	Intercambiar información con el terapeuta y proponer la utilización del equipo reflexivo.	Pausa	El equipo se mostró gratamente sorprendido por los cambios que ha tenido Pedro y propuso la utilización del equipo reflexivo, además de sugerir que leyera el libro “Tokio Blues” de Haruki Murakami (una novela que habla de sentimientos de pérdida y nostalgia).
<b>Cierre, devoluciones y tareas</b>	Fomentar procesos de reflexión a través de la escucha para fomentar la organización de los pensamientos internos propios y reforzar los cambios mantenidos.	Equipo reflexivo (Andersen, 1994)	Mediante equipo reflexivo, cada una de las integrantes mencionó las impresiones que tenían de los cambios logrados por Pedro utilizando connotación positiva y elogios para consolidar el cambio. El cliente se mostró contento por escuchar el gran avance que los miembros del equipo percibieron de él y lo mencionó. Por último se le sugirió leer el libro y se planteó la posibilidad de darlo de alta, a lo cual se mostró sorprendido.

**Fecha: 14/02/14**

**N° de sesión: 8**

<b>Fases</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Descripción</b>
<b>Conversación terapéutica</b>	Buscar conductas orientadas a cambios y reforzamiento de las mismas.	Preguntas para consolidar el cambio Elogio	Esta sesión estuvo enfocada a preguntar qué excepciones se han mantenido debido a que ésta consulta fue de cierre. Otra de las situaciones que mencionó fue que jugando fútbol hubo una riña en la que lo golpearon, pero él no respondió la agresión por miedo a las consecuencias que ello podría traer y además recordó el esquema de SPA. A partir de ello se le felicitó y se le motivó a continuar avanzando. Posteriormente las preguntas estuvieron encaminadas a conocer qué es lo que le había dejado el proceso y se observó que está consciente de las recaídas que puede tener. Nuevamente se le mencionó la posibilidad de darlo de alta, a lo cual estuvo de acuerdo.
<b>Consulta con el equipo terapéutico</b>	Intercambiar información con el terapeuta.	Pausa	Se dialogó que se ha observado la permanencia de los cambios por lo que se consideró que estaba listo para darlo de alta.
<b>Cierre, devoluciones y tareas</b>	Fortalecer la posición del cliente para aumentar la frecuencia de las excepciones.	Elogio Atribución del control	Se le mencionó que él ya no era el mismo de antes y que se observaba una mayor madurez, por lo que esto ya era parte de su persona y que posteriormente se le llamaría para darle seguimiento dentro de un mes. Se le preguntó si había buscado el libro y se le sugirió que se le podía mandar a su correo a lo que respondió afirmativamente. Antes de finalizar la sesión mencionó que ese día tenía una exposición pero que sentía muchos nervios estando frente al grupo. Se le recordó la tarea que se le asignó frente al espejo, hablándose asimismo y se extrapoló a su situación escolar mencionándole que imaginara en esos momentos que en realidad a quien le estaba hablando era a él. Se le preguntó ¿crees que eso sea posible?, a lo cual respondió afirmativamente.

Al finalizar las sesiones, Pedro entregó la siguiente nota:



Así como Alejandra fue parte de  
mi vida ustedes también lo son  
muchas gracias  
a todas por ayudarme.

### **Evaluación de los resultados terapéuticos**

Con el objetivo de dar una respuesta a este apartado, a continuación se presenta un cuadro comparativo que señala las diferencias existentes respecto a los resultados antes del tratamiento y después del mismo, donde se observa una reducción significativa tanto de la ansiedad como de la depresión. Dando continuidad a la valoración de los resultados del proceso psicoterapéutico, se muestra el seguimiento que resalta la permanencia de los cambios realizados por Pedro pese a las dificultades por observarlos en su vida cotidiana.

#### Pretest/Postest de las pruebas realizadas

<b>Prueba</b>	<b>Pretest (15/08/13)</b>	<b>Postest (10/03/14)</b>
<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>	Puntuación: 32 (severo)	Puntuación: 10 (leve)
<b>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</b>	Puntuación: 30 (severo)	Puntuación: 3 (mínima)

Evaluación de seguimiento

**Fecha: 13/06/14**

<b>Fases</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Descripción</b>
<b>Conversación terapéutica</b>	Observar y reforzar los cambios. Introducir dudas acerca de la visión de su relato. Crear sentimientos positivos para favorecer un punto de vista diferente a la expectativa de cambio. Transmitir con imágenes información al cliente para crear mayor intensidad en la terapia.	Preguntas para consolidar el cambio Metáforas Normalizar y despatologizar Deconstrucción Co-creación de profecías positivas de autocumplimiento Connotación positiva	La sesión comenzó preguntándole a Pedro qué había pasado en los últimos meses. Él fue expresando que su mamá le decía constantemente que era muy agresivo debido a una discusión que tuvo con ella y a raíz de ello recordó que lo que ella decía era verdad. Debido a la respuesta que emitió, se le preguntó que en qué ocasiones había sido agresivo y respondió que en realidad no recordaba ningún hecho concreto en el que realmente sí hubiera golpeado, únicamente recordaba la discusión con su mamá. Se le cuestionó que si recordaba el esquema de SPA y dijo que a veces no lo recordaba pero que si lo llegaba a emplear, además dijo que con sus compañeros se mostraba frío y distante ya que no se acercaba a ellos y no se sentía “curado” de sus celos. Se le preguntó qué había pasado con Ale, a lo que respondió que si había tenido contacto con ella, le entraban celos pero ya no la agredía y mejor se alejaba. El siguiente paso estuvo encaminado a deconstruir la narración utilizando metafóricamente el “uso de máscaras” mencionándole que parecía ser que le gusta ponerse las máscaras que otros le dicen como la parte de la agresividad. Además de ello se le mencionó que en realidad parece ser que lo que le pasa no es que sea frío, sino que es maduro y selectivo con las personas que realmente desea estar, se le cuestionó que si tenía amigos y contestó que sí y que salía con ellos. Se le mencionó que no es que sea agresivo, sino tiene exceso

			de energía y tensión y que en realidad no se trataba de “curación de los celos” sino de crecimiento debido a que la vida es un proceso, no algo normal o anormal, enfermo o sano. Posteriormente se le preguntó qué opinaba de lo mencionado a lo que respondió afirmativamente y que por un momento no recordaba lo visto en el proceso, pero que no se daba cuenta de que en realidad si había cambiado. Posterior a ello se le informó de la pausa.
<b>Consulta con el equipo terapéutico</b>	Retroalimentar las devoluciones realizadas en la conversación terapéutica.	Pausa	En el equipo terapéutico se habló de que era sorprendente que los cambios se mantenían a pesar de que Pedro no fuera consciente de sus cambios, además de que se observó que no había redes de apoyo favorables. El equipo le envió saludos y felicitaciones.
<b>Cierre, devoluciones y tareas</b>	Suscitar las excepciones que había tenido anteriormente. Empoderar al cliente de que él tiene el mando. Apoyar al cliente en sus lados fuertes y motivarlo a seguir adelante.	Excepciones (elicitar, marcar la excepción, ampliar, atribuir el control, seguir) Proyección hacia el futuro Metáforas Elogios	Se le informó de las felicitaciones y los saludos. Posterior a ello se le recordó su sensibilidad señalándole las canciones que escuchaba y las frases que publicaba en su facebook ya que la discusión que tuvo con su mamá era referente a sus sentimientos y se le invitó a que los expresara. El mencionó que sería difícil porque su familia se sorprende cuando es expresivo y están “acostumbrados” (sic.) a verlo “frío” (sic.), después expresó “tengo que ir a lo desconocido, aventarme al vacío para poder volar” (sic.). Se le preguntó cuál era entonces la situación actual en la que se encontraba. Respondió: “la situación es como costra, ya cicatrizó pero aún no hay piel, apenas se está levantando” (sic.). Con relación a su agresión mencionó: “necesito ir al gym para sacar todo; ahora van a ver a un nuevo Pedro que está en camino” (sic.). Para finalizar se le preguntó cómo se sentía y él respondió: “ya me siento mejor, más libre; tengo que poder ir sólo” (sic.). Por último se le felicitó por el gran cambio que había mostrado y que se ha vuelto un experto en solucionar sus problemas, que la constancia y perseverancia serían las armas que utilizaría de ahora en adelante para la batalla de la vida.

## CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio tuvo como finalidad describir la intervención terapéutica brindada a “un caso” abordado desde el Enfoque de Soluciones.

El enfoque sistémico rompe con el esquema cotidiano considerado dentro del campo clínico donde los trastornos o problemas psicológicos son la expresión de conflictos individuales internos. La TBCS no es la excepción y utiliza diversas técnicas que permiten normalizar la “patología” ya normalizada por los individuos cuando los discursos “científicos” se encuentran sumergidos en la cultura (Gergen, & Warhus, 1999).

Durante el proceso se puede notar que Pedro expresó tener “celos patológicos” y el deseo de “curarse” de ellos, infiriendo que ese diagnóstico ya lo tenía apropiado sin la ayuda de algún profesional observando que la manera de ver sus problemas venía combinada con prejuicios y malentendidos (Gergen & Warhus, 1999). El proceso no quitó o “curó” sus celos, ya que en este caso se trató de un proceso interaccional donde la escala del patrón *pursuer-distancer* provocó violencia en la pareja, pues Pedro se volvió agresivo y hostil para manejar su ansiedad, producto del miedo a la traición (Scheinkman & Werneck, 2010) y Ale los propiciaba mediante actitudes que arremetían contra la confianza de su pareja (Crowe, 1995). El proceso terapéutico influyó en él cambiando la concepción de los celos para pensarlos y vivirlos de una manera diferente (Pérez, 2004) percibiéndolos ahora como una oportunidad de crecimiento al evitar agredir o ser violento.

Aunado a ello, su motivo de consulta inicial estaba orientado hacia el pasado (celos patológicos en su relación) y durante el proceso terapéutico se orientó hacia el futuro (elaboración de duelo)



gracias a la co-construcción, lo cual generó una línea de acción diferente durante el proceso terapéutico ya que se notaron cambios desde la primera sesión. Ello permitió tener una visión diferente de la capacidad del cliente para el cambio tomando en cuenta que éste es inevitable (de Shazer, 1991).

Por otro lado, Pedro llegó a consulta con la conciencia de la pérdida que había sufrido y las consecuencias de la misma eran adecuadas a las experimentadas en esa situación pues expresó “depresión”, pérdida del apetito, dificultades para concentrarse, entre otras. Por su parte, Rojas (1994) menciona que efectivamente estas sensaciones aparecen en la separación de pareja, Kubler-Ross (1975) las incluye en su etapa de depresión y Montoya (2011) las considera como parte de la fase de conservación-aislamiento.

Durante la segunda sesión, Pedro se consideró como una persona violenta y mediante redefinición y connotación positiva pudo darse cuenta de que en realidad poseía mucha energía mal encaminada. Por tanto, la co-construcción de soluciones a partir de discursos múltiples resultó ser importante para obtener una terapia eficaz porque permitió develar significados que se obtuvieron durante las conversaciones terapéuticas desarrollados más por medio de la negociación que a través de descubrir lo que “realmente” sucedía (Berg & de Shazer, 1993), originando el cambio desde el lenguaje haciendo la diferencia en lo que se decía y cómo se decía (de Shazer, 1999).

A partir de ésta sesión, las labores estuvieron encaminadas a la revisión de los cambios realizados trabajando de manera conjunta con el equipo terapéutico y se pretendió fomentar que los significados generados por la conversación terapéutica se plasmaran en nuevas formas de actuar (Rodríguez & Beyebach, 1994). Durante el proceso se observaron sentimientos

encaminados al regateo y la angustia (Quintana, 2007), por lo que las estrategias estuvieron centradas en la emoción y la evitación (García & Ibarca, 2013) y en palabras de Tobin et al. (1989) a la expresión emocional, la retirada social, la búsqueda de apoyo social y la evitación de problemas.

Por otra parte, el partir de los recursos del cliente y no de un diagnóstico permitió observar que Pedro concluyó el proceso con capacidades y herramientas necesarias para seguir adelante individualmente sin continuar con el proceso como lo manifestó, corroborando que la detección de recursos es parte fundamental de este enfoque que permitirá atribuirle al cliente el control de su demanda (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1993) y mejorar significativamente como las pruebas pos-test lo reiteran.

Por último, de Shazer et al. (2007, pp 47) mencionan que *“un cambio no es tal hasta que no es percibido como tal en su contexto social”*, por lo que el seguimiento permitió observar que los cambios en Pedro se mantenían aunque él no fuera totalmente consciente de los mismos pues mencionó que *“la situación...ya cicatrizó”* y ello le permitió reacomodarse a su medio (Quintana, 2007). Se observó la aceptación a nivel intelectual y emocional, un cambio en la visión de su entorno y actitudes orientadas a la madurez que le permitieron retomar el control de su vida, los cuales son elementos presentes en la etapa de cicatrización (Montoya, 2011).

La TBCS en este caso demostró ser efectiva como varios estudios lo indican (Beyebach, 2014) ya que estuvo corroborada con el diseño pre-post que muestra una reducción significativa de la ansiedad ligada a los celos y de la depresión ligada al duelo de acuerdo con Zizumbo (2007). Sus técnicas de intervención se adaptaron al tipo de demanda del cliente y generaron en la propia persona soluciones que fomentaron su creatividad y por lo tanto el control sobre las soluciones a

sus problemas ya que no se especializa en alguna problemática o población permitiendo ver “la otra cara de la moneda” desde una visión positiva.

### **Competencias profesionales adquiridas**

A lo largo de mi estancia como estudiante de la Especialización, desempeñe diferentes papeles dentro del campo psicoterapéutico: fui observador perteneciente al equipo terapéutico, terapeuta y/o co-terapeuta de los casos clínicos. Ello me permitió tener conocimientos y descubrir habilidades clínicas que continúan en desarrollo como son:

- Aplicación metodológica de evaluación e intervención relativas a las demandas de las personas tomando en cuenta la dignidad del ser humano aplicando la ética profesional.
- Capacidad de observación del proceso terapéutico y elaboración de reportes.
- Definir motivos de consulta, así como objetivos terapéuticos co-construidos con los usuarios mediante la empatía, el respeto e interés genuino por sus problemáticas.
- Realizar mi trabajo terapéutico brindado a las personas solicitantes con compromiso y confidencialidad.
- Valorar la problemática, las opciones de solución, los resultados y finalizar el tratamiento.
- Crear hipótesis que sirvan de guía durante el proceso terapéutico.

### **Análisis de la experiencia vivida en el PUEP**

El ser terapeuta por primera vez fue todo un desafío porque durante la Licenciatura tuve la oportunidad de realizar únicamente entrevistas de primera vez en co-terapia con algunos profesores, sin embargo dentro de la Especialización me encontré “sólo” frente a otra persona mientras que detrás de la cámara se encontraba el equipo y mi supervisora, lo cual me hacía

sentirme observado; ello generó en mí tensión y preocupación por el temor a equivocarme ya que me sentía evaluado por mis compañeros y por mi supervisora además de que por momentos no sabía que decirle a los consultantes. No obstante la flexibilidad del modelo me permitió salir brevemente del espacio terapéutico para reunirme con el equipo donde en lugar de represiones, recibía acogimiento, retroalimentaciones y elogios que me motivaban y daban confianza para regresar al otro lado del espejo, disipando dudas e incertidumbres respecto a mi labor como nuevo terapeuta. La supervisora podía transmitir que “el error no es el terapeuta, el error es el error” y con el paso del tiempo percibí en mí una mayor maniobrabilidad dentro del espacio clínico, espontaneidad con los usuarios y disminución de los nervios.

Como miembro del equipo terapéutico, percibí que mis compañeros se encontraban en la misma situación que yo: siendo estudiantes inexpertos. Ello creó empatía y acercamiento con ellos pues también me reconocía en sus nervios y dudas, para lo cual las palabras de aliento y sugerencias fueron el factor primordial durante mi participación como observador. También percibí que de un lado del espejo o del otro se aprenden cosas diferentes en un mismo caso pues entendí que la observación también es un lenguaje. Así concebí lo que Minuchin, Lee y Simon (1998) expresaban: la psicoterapia es un arte. El acompañamiento de esta manera no sólo era con el cliente, sino también con mis compañeros pues compartíamos alegrías, tristezas, desacuerdos y alianzas que nos hacían crecer como profesionales.

Un elemento importante sin duda es el apoyo brindado por el supervisor a lo largo de la formación, ya que modela, guía y evalúa el progreso de cada estudiante. La flexibilidad de la supervisora, su compromiso y responsabilidad académica fueron factores primordiales para nuestro desenvolvimiento porque contaba con la habilidad de facilitar el aprendizaje, pues para ella no éramos los estudiantes, sino éramos considerados como los colegas que se encontraban en

constante aprendizaje junto con ella: las aportaciones realizadas eran validadas y retroalimentadas. Ello permitió percibir cada caso como propio mencionando que “los casos son de todos” y la responsabilidad era compartida, de esta manera no recaía en el terapeuta asignado o la supervisora.

## **Conclusiones**

Con base en los resultados pude concluir que:

Los celos resultan ser algo complejo porque existen diferentes elementos que influyen para que se expresen, sin embargo, es importante detallar exhaustivamente qué se entiende por los mismos para revisar las diferentes creencias y sentimientos que la palabra “celos” engloba y así poder tener un mejor panorama que propicie la intervención cambiando la concepción de la palabra misma. Por otro lado, cuando la relación ya ha llegado a su fin es la esperanza parte del problema para elaborar el duelo. Cuando se ha decidido enfrentar el dolor de la pérdida por separación, se puede adquirir un mayor nivel de crecimiento ya que se experimenta una sensación de libertad, aumenta la valía personal y se reconocen los recursos que se poseen para resolver futuras pérdidas. El duelo es una reacción natural cuando se da una pérdida y no una cuestión patológica ya que cada persona necesita su tiempo para elaborarlo.

La perspectiva de la TBCS ofrece la oportunidad de crear una mayor flexibilidad en el terapeuta teniendo en cuenta que el conocimiento generado dentro del espacio terapéutico es una construcción entre el lenguaje del profesional y del usuario. Ello permite tener en cuenta una multiplicidad de posiciones sin correr el riesgo de crear un contexto terapéutico rígido y empobrecido tomando en cuenta las fortalezas del cliente y dejando a un lado la expertis del terapeuta.

Gracias a sus características la TBCS demuestra ser un enfoque eficiente debido a la sustentabilidad demostrada a partir de las pruebas aplicadas.

Aunado a lo anterior, el empleo del equipo terapéutico relacionado con la supervisión, es fundamental en un ambiente universitario donde las habilidades profesionales se encuentran en pleno desarrollo porque permite combinar una serie de sucesos entre el pensar y hacer, logrando así una estructura que se retroalimenta y hace crecer la confianza, la creatividad y el trabajo conjunto de estudiantes como del supervisor, además de participar en todo el proceso terapéutico desde diferentes perspectivas (observador, terapeuta/co-terapeuta) intercambiando roles en distintas fases de acuerdo a la necesidad del mismo proceso.

### **Sugerencias y limitaciones**

Una de las limitantes dentro de esta investigación se basa en la relación existente entre teoría y práctica ya que se puede observar que los procedimientos terapéuticos de la TBCS no se llevaron de manera estricta debido a que las condiciones dentro de una sesión terapéutica son siempre distintas: los clientes, los terapeutas y los contextos, además de que las estrategias de evitación no son completamente útiles durante el proceso de duelo pues en varias ocasiones se tiende a perpetuar el vínculo existente cuando los celos están de por medio (Heider, 1958).

A pesar de que este enfoque se orienta muchas veces hacia el futuro, se propone como dice Anderson (1997) “honrar la realidad” de la persona tomando en cuenta sus inquietudes y buscar no abusar de algunas técnicas como la connotación positiva o los elogios ya que se puede caer en el error de plantear la vida del cliente como un “mundo color de rosa”, orientándose al relativismo. El ser cuidadoso en el empleo de estas técnicas es fundamental si se busca el éxito en la terapia ya que la descripción del problema del cliente puede vincularse estrechamente a sus

relaciones fuera del terreno clínico. Asimismo es importante no sólo centrarse en los aspectos conductuales del proceso para evitar caer en la tentación de hacer a un lado los aspectos emocionales y relacionales.

De la misma forma, este trabajo puede permitir que futuras generaciones dentro de la Especialización puedan intentar emplear el modelo en un caso clínico, así como realizar una mayor investigación que admita generalizar los resultados obtenidos a partir de un estudio cuantitativo y con mayor número de población.

La TBCS resulta un enfoque útil debido a la brevedad del proceso y a la efectividad que muestra. Puede resultar ser una opción a considerar dentro de la especialidad por su flexibilidad respecto a la supervisión utilizando el equipo terapéutico, más aún, si el estudiante comienza su trabajo con personas que demuestran malestar, conflictos emocionales, entre otros.

## Referencias

- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language, and Possibilities. A Postmodern Approach to Therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Aponte, V. (2011). Terapia Centrada en Soluciones Aplicada a un Caso de Duelo Patológico. *Ajayu*, 9(1), 193-228.
- Bateson, G., & Bateson, M. C. (1989). *El Temor de los Ángeles*. Barcelona: Gedisa.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1997). *Trabajando con el Problema del Alcohol: Orientaciones y Sugerencias para la Terapia Breve de Familia*. Barcelona: Gedisa.
- Berg, I. K. (1994). *Family based services: A solution-focused approach*. New York: W.W. Norton.
- Berg, I. K., & De Jong, P. (1996). Solution-building conversation: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society*, 77, 376–391.
- Berg, I. K., & Kelly, S. (2000). *Building solutions in child protective services*. New York: Norton.
- Berg, I.K., & de Shazer, S., (1993) Making numbers talk: Language in therapy. En S. Friedman (Ed.). *The New Language of Change: Constructive Collaboration in Psychotherapy*, Nueva York: Guilford Press.
- Berg, I.K., & Reuss, N.H. (1998). *Solutions step by step. A substance abuse treatment manual*. New York: Norton.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia Breve Centrada en las Soluciones. En Navarro, Fuentes, & Ugidos (ed.). *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú.



- Beyebach, M. (2013). La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones. En A. Moreno. *Modelos de Terapia Familiar*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Beyebach, M. (2014). Change Factors in Solution-Focused Brief Therapy: A Review of The Salamanca Studies. *Journal of Systemic Therapies*, 33(1), 62-77.
- Boletín UNAM-DGCS-312 (2009). *Ofrece la UNAM una amplia gama de servicios psicológicos a la sociedad*. Recuperado de [http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009\\_312.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009_312.html)
- Bonache, J. (1999). El estudio de casos como estrategia de construcción teórica: características, críticas y defensas. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 3, 123-140.
- Bowlby, J. (1995). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Cade, B. (2007). Springs, Streams, and Tributaries: A History of the Brief Solution-Focused Approach. In N. Thorana, & T. Frank (Comp.), *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy Clinical Applications*. New York: The Haaworth Press, 25-59.
- Canto, J., & Burgos, M. C. (2009). Diferencias entre sexos en los celos románticos: una confrontación teórica. *Psicología & m foco*, 2(1), 120-130.
- Caruso, I. (2003). *La Separación de los amantes: Una fenomenología de la muerte*. México: Siglo XXI.
- Castro, E. (2010). El Estudio de Casos como Metodología de Investigación y su Importancia en la Direccion y Administración de Empresas. *Revista Nacional de Administración*, 1(2), 31-54.

- Cepukiene, V., & Pakrosnis, R. (2011). The outcome of Solution-Focused Brief Therapy among foster care adolescents: The changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. *Children and Youth Services Review, 33*, 791–797.
- Cockburn, J. T., Thomas, F. N., & Cockburn, O. J. (1997). Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation, 7*, 97-106.
- Crowe, M. (1995). Management of jealousy in couples. *Advances in Psychiatric Treatment, 4*, 71–77.
- De Jong, P., & Berg, I. (1998) *Interviewing for Solutions*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- de Shazer, S., & Berg I. K. (1991). Haciendo terapia: Una revisión del Post-estructuralismo. *Cuadernos de terapia familiar, 18*, 17-30.
- de Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve: un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- de Shazer, S. (1991). *Claves Para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós.
- de Shazer, S. (1992). *Claves en Psicoterapia Breve*. Barcelona: Gedisa.
- de Shazer, S. (1997). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1999). *En un Origen las Palabras Eran Magia*. Barcelona: Gedisa.
- de Shazer, S., Dolan, Y.M., Korman, H., Trepper, T.S., McCollum, E.E., & Berg, I.K. (2007), *More than miracles: The state of the art of solution focused therapy*. New York: Haworth Press.

Denzin, N. K. (1970): *Sociological Methods: a Source Book*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Doménech, A. (1994). *Mujer y divorcio: de la crisis a la independencia*. Valencia: Promolibro.

Dubé, L., & Paré, G. (2003). Rigor in Information Systems Positivist Case Research: Current Practices, Trends, and Recommendations. *MIS Quarterly* 27(4), 597-636.

Eakes, G., Walsh, S., Markowski, M., Cain, H., & Swanson, M. (1997). Family-centred brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study. *Journal of Family Therapy*, 19, 145-158.

Easterby, M., Thorpe, R., & Lowe, A. (2002). *Management Research: An Introduction*. USA: SAGE Publications.

Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar*. México: Pax México.

Estrada, B., & Beyebach, M. (2007) Solution-focused therapy with depressed prelocutive deaf persons. *Journal of Family Psychotherapy* 18(3), 45-63. ISSN 0897-5353.

Facultad de Psicología (2008). *Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Único de Especializaciones en Psicología*. Recuperado de [http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Docencia/Programa%20%C3%9Anico%20de%20Especializaciones%20en%20Psicolog%C3%ADa%20\(PUEP\),%20Fac%20Psicolog%C3%ADa,%20UNAM.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Docencia/Programa%20%C3%9Anico%20de%20Especializaciones%20en%20Psicolog%C3%ADa%20(PUEP),%20Fac%20Psicolog%C3%ADa,%20UNAM.pdf)

Facultad de Psicología-Universidad de la República (2010). *El estudio de caso. Recurso metodológico para la investigación en Psicología Clínica*. Recuperado de [www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1\\_el-estudio-de-caso.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_el-estudio-de-caso.pdf)

Franklin, C., & Jordan, C. (1999). Solution-focused brief family therapy. In *Family practice: Brief systems methods for social work*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 105-141.

- García, F., & Ilabarca, D. (2013). Ruptura de Pareja, Afrontamiento y Bienestar Psicológico en Adultos Jóvenes. *Ajayu*, 11(2), 157-172, ISSN 2077-2161.
- García, P., Gómez, L., & Canto, J. M. (2001). Reacción de celos ante una infidelidad: diferencias entre hombres y mujeres y características del rival. *Psicothema*, 13 (4), 611-616.
- Gergen, K., & Warhus, L. (1999). *La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones, y divergencias*. Recuperado desde [http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA\\_TERAPIA.pdf](http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA_TERAPIA.pdf)
- Gilligan, S. (1991) Developing a Relationship with the Self with Age Regresión. *Second Conference on Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy, Pensylvania* (Cinta de audio. Trad.: María E. Viveros)
- Gingerich, W. J., & Wabeke, T. (2001). A Solution-Focused approach to mental health intervention in school settings. *Children & Schools*, 23(1), 33-48.
- Gingerich, W., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of outcome research. *Family Process*, 39, 477-496.
- González, B. (2001). La mediación familiar: una intervención para abordar la ruptura de pareja. *Medifam*, 11, 614-618.
- Gummesson, E. (2000). *Qualitative methods in management research*. London: Sage Publications.
- Gutiérrez, R. (2013, 20 de junio). Certificados de calidad a Servicios Psicológicos. *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/cultura/72048.html>

- Hartley, J. (1994). Case studies in organizational research. En Casell, C., & Symon, G. (Eds.), *Qualitative methods in organizational research*. Londres: Sage Publications.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relationships*. New York: Wiley.
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: an art of lenses. *Family Process*, 29, 1-13.
- Ito, M., & Vargas, B (2005). *Investigación Cualitativa para Psicólogos*. México: Porrúa.
- Jacob, F. (2001). *Solution-focused recovery from eating distress*. London: Brief Therapy Press.
- Jick, T. D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*, 24, 602-611.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kazdin, A. E. (3ª.ed.). (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* México: Pearson Educación.
- Kim, J. S., & Franklin, C. (2009). Solution-focused brief therapy in schools: a review of the outcome literature. *Children and Youth Services Review*, 31, 464-470.
- Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18, 107-116.
- Knekt, P., & Lindfors, O (Eds.). (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy

- during a one-year follow-up. *Helsinki: The Social Insurance Institution, Studies in social security and health*, 77.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M., Marttunen, M., Kaipainen, M., Renlund, C., & Helsinki Psychotherapy Study Group (2008). Randomized trial on the effectiveness of long and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38, 689-703.
- Kratochwill, T.R., Mott, J., & Dodson, C.L. (1984). Case study and single-case research in clinical and applied psychology. En A. Bellack, & M. Herden (Eds.). *Research Methods in Clinical Psychology* (55-99). New York: Pergamon Press.
- Kubler-Ross, E. (1975). *Death: The Final Stage of Growth*. New York: Simon and Schuster.
- Lipchik, E., Derks, J., Lacourt, M., & Nunnally E. (2012). The evolution of solution-focused brief therapy. En C. Franklin, T. S. Trepper, W. Gingerich, & E.E. McCollum (Eds.) *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (3-19). New York: Oxford University Press.
- Lucas, C. R. (2007). Tres Cuestionarios genéricos WHOQoL. *Manual SEPAR de procedimientos*. Barcelona España: Publicaciones Pemaner.
- Macdonald, A. (2007). *Solution-focused therapy: Theory, research & practice*. London: SAGE Publications Ltd.
- Marina, J., & López, M. (2001). *Diccionario de los Sentimientos*. Barcelona: Anagrama.

- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14, 321-332.
- McCollum, E.E., Stith, S.M., & Thomsen, C.J. (2012). Solution-focused brief therapy and medication adherence with schizophrenic patients. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, & E.E. McCollum (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice (196-202)*. New York: Oxford University Press.
- Miller, G., & de Shazer, S. (2000). Emotions in solution-focused therapy: A reexamination. *Family Process*, 39, 5–23.
- Milton, J. (2005). *El Paraíso Perdido*. Madrid: Abada Editores. Edición bilingüe.
- Minuchin, S., Lee, W.Y., & Simon, G. (1998). *El Arte de la Terapia Familiar*. Barcelona. Paidós.
- Mireille, A. (2012, 23 de mayo). En Terapia Miles de Mexicanos. *Sin Embargo*. Recuperado de <http://www.sinembargo.mx/23-05-2012/241169>
- Montoya, J. (2011). *El duelo. Sobre cómo ayudarnos y ayudar a otros a enfrentar la muerte de un ser querido*. Recuperado de <http://montedeoya.homestead.com/duelos.html>
- Nasio, J. (2001). *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Nazaré, C., & Romariz, S. (2008). Celos: un ejercicio de interpretación desde la perspectiva del análisis de la conducta. *Diversitas*, 4(1), 139-147.
- Neimeyer, R. (2007). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor, la aceptación del duelo* (2ª. ed.). México: Editorial Trillas.

- O'Hanlon (1989). *Raíces Profundas*. Buenos Aires: Paidós
- O'Hanlon, W., & Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Olsen, W. (2004). Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed. *Developments in Sociology*, 20, 103-118.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Temas de salud. Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Pacheco, M. (2000). La influencia de Erickson en la Terapia Breve Actual y el Terapeuta Ericksoniano Hoy. *Hipnópolis*, 1(4).
- Peñañiel, O. (2011). Ruptura amorosa y terapia narrativa. *Ajayu*, 9, 53-86.
- Pérez, E. (2004). Ellos, ellas y los celos: una nueva mirada a un viejo problema. *AEPS. Anuario de Sexología*, 8. Recuperado de [http://www.gazteaukera.euskadi.net/r58-801/es/contenidos/noticia/balorazioa\\_emaize\\_13/es\\_balorazi/adjuntos/8\\_ellos\\_ellas\\_celos.pdf](http://www.gazteaukera.euskadi.net/r58-801/es/contenidos/noticia/balorazioa_emaize_13/es_balorazi/adjuntos/8_ellos_ellas_celos.pdf)
- Perkins, R. (2006). The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(2), 215–227
- Pinto, B. (2008). *Amor y personalidad en universitarios aymaras del departamento de La Paz*. Tesis doctoral, Universidad de Granada, España.
- Quintana, L. (2007). Cuando se lastima el corazón (duelo por separación de pareja). *Pensando Psicología*, 3(4-5), 32-39.



- Rando, T. (1984). *Grief dying and death: Clinical Interventions for caregivers*. Champaign, IL: Research Press.
- Reyes, J. (2006). Una propuesta de evaluación paso a paso en la terapia breve centrada en soluciones. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 15(3), 533-548.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*; 18(2), 211-218.
- Rodríguez, A., & Beyebach, M. (1994). Terapia Sistémica Breve: trabajando con los recursos de las personas. En Garrido (comp.) *Psicoterapia: modelos contemporáneos de aplicación*. Valencia: Promolibro, 241-289.
- Rojas, M. (1994). *La pareja rota. Familia, crisis y superación*. Madrid: Espasa Calpe.
- Roussos, A. (2007). El Diseño de Caso Único en Investigación en Psicología Clínica. Un Vínculo entre la Investigación y la Práctica Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.
- Schade, N., Torres, P., & Beyebach, M. (2011) Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Journal of Family Systems and Health*, 29, 197-205.
- Scheinkman, M., & Werneck, D. (2010). Desactivar los Celos en las Relaciones de Pareja: Un Enfoque de Múltiples Dimensiones. *Family Process*, 49(4), 486–504.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio: soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: Knopf.

- Shoham, V., & Rohrbaugh, M. J. (2002). Brief strategic couple therapy. En A. S. Gurman, & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5–26). New York: Guilford Press.
- Simon, J. (2010). *Solution-focused Practice in end of life & grief counseling*. New York: Springer Publishing Company.
- Simon, J., & Berg, I. K. (2002). Solution-Focused Brief Therapy with adolescents. En F.W. Kaslow, R. F. Massey, & S. D. Massey (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy* (133–153). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Solution-Focused Brief Therapy Research Committee (2013). *Solution-focused therapy treatment manual for working with individuals. 2<sup>nd</sup> Version*. Recuperado de <http://www.sfbta.org>
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K., & De Vries, L., (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Tijdschrift voor gedragstherapie*, 39, 81-94.
- Tashiro, T., & Frazier, P. (2003). “I’ll never be in a relationship like that again”. Personal growth following romantic relationship breakups. *Personal Relationships*, 10, 113-128.
- Tobin, D., Holroyd, K., Reynolds, R., & Kigal, J. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as means to enable self-healing. *Family Process*, 26(2), 167-183.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 2(1), 1-15.

- Visser, C. (2013). The Origin of the Solution-Focused Approach. *International Journal of Solution-Focused Practices*. 1(1), 10-17.
- Vogelaar, L., Van't Spijker, A., Vogelaar, T., Van Busschbach, J.J., Visser, M.S. Kuipers, E.J., & van der Woude, C.J. (2011). Solution focused therapy: A promising new tool in the management of fatigue in Crohn's disease patients Psychological interventions for the management of fatigue in Crohn's disease. *Journal of Crohn's and Colitis* 5(1), 585–591.
- Wainer, A. (2012). Estudios de Caso Único en el Campo de la Investigación Actual en Psicología Clínica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16(2), 214-222.
- Walter, J. L., & Peller, J. E. (2000). *Recreating brief therapy*. New York: Norton.
- Watzlawick, P. (1984). *¿Es real la realidad?: Confusión, desinformación, comunicación*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1989). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios Narrativos Para Fines Terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- WHOQOL. (2005). *Measuring Quality of Life. The WHO Quality of Life instruments (The whoqol-100 Whoqol-bref)*. Recuperado de <http://www.who.int/msa/qol>.
- Wittgenstein, L. (1998). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: UNAM/Crítica.
- Yin, R. (1994). *Case study research. Design and methods*. London: SAGE Publications.
- Zizumbo, D. (2007). *La disolución de la pareja: la relación con los celos, la ansiedad y la depresión*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México.

## Anexo



### CONSENTIMIENTO INFORMADO



Uno de los propósitos de la intervención psicológica, es ayudar a las personas a que el conflicto que le aqueja, disminuya o desaparezca. Cuando esa terapia resulta exitosa, las personas resuelven aquella situación que los trajo a consulta y ésta ya no interfiere con su vida cotidiana.

En algunas ocasiones, cuando el proceso de intervención queda concluido, los psicólogos deseamos dar a conocer cómo fue el proceso, ya que esto nos permite:

- Comprender qué cambios son necesarios para solucionar algún problema o disminuir un malestar emocional.
- Identificar los recursos personales que utilizan las personas para solucionar sus dificultades.
- Identificar las estrategias o maneras más adecuadas para ayudar a las personas.
- Conocer las dificultades que se presentan en la terapia y tratar de evitarlas.

Es por ello que pedimos su autorización para que pueda ser mostrado su proceso, ya que resultó ser un gran éxito y su caso será de vital importancia debido a que la intervención realizada podrá aportar a la investigación de esta institución. El material resultante podrá ser leído por profesionales y población en general, sin embargo se guardará total y absoluta confidencialidad ya que no se revelarán sus datos personales (nombre, dirección, teléfono u alguna otra información con la que se le pudiera identificar). La única información que se revelará será su sexo, edad, motivo de consulta e información relacionada a ella.

Le comento que al otorgar su permiso, le pediré que conteste algunos cuestionarios para conocer su estado emocional actual. Si accede a participar, ayudará a otros profesionales de la salud y personas que lleguen a identificarse con su caso, a solucionar sus dificultades de una manera rápida y eficaz como usted lo hizo.

En este momento es importante enfatizar que su participación es voluntaria y que en el momento que así lo decida, puede darla por concluida.

Si tiene alguna duda, puede expresarla ahora o bien, localizarme a través del teléfono \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_.

### **CONSENTIMIENTO**

He leído este consentimiento. Comprendo la información que aquí se expresa y todas las preguntas sobre mi participación han sido contestadas. Acepto voluntariamente participar y otorgo mi permiso para que mi historia sea contada en uno o más documentos de difusión científica (tesis y revistas de psicología o salud mental).

Recibí una copia firmada de este consentimiento

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre del psicólogo \_\_\_\_\_

Firma del psicólogo/investigador \_\_\_\_\_

Ciudad Universitaria, a \_\_\_\_\_ del año 2014.