



MEMORIA DE ROTACIÓN EXTERNA EN EL BRIEF THERAPY CENTER, MENTAL RESEARCH INSTITUTE. PALO ALTO, CALIFORNIA.

Periodo de la estancia: septiembre-noviembre 2018

**BECA ANPIR 2016-2017 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS
EN CENTROS DE EXCELENCIA EXTRANJERO**

Ana Pascual Sánchez

Residente de Psicología Clínica, 4º año

Hospital Ramón y Cajal, Madrid



Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
1.1. Características del modelo utilizado en el MRI.....	3
1.2. La terapia sistémica como una herramienta útil en psicoterapia...4	
1.3. ¿Por qué breve? La importancia de abreviar la terapia.....	5
1.4. La importancia de la motivación para el cambio.....	6
2. Descripción del centro de destino.....	7
2.1. Ubicación e instalaciones.....	7
2.2. Población atendida.....	8
2.3. Profesionales.....	9
2.4. Proyectos de investigación.....	9
3. Actividades realizadas.....	10
3.1. Actividad asistencial.....	10
3.2. Actividad formativa.....	11
3.2.1. Seminarios.....	11
3.2.2. Tutorías.....	12
3.2.3. Videoteca.....	13
3.3. Actividad investigadora.....	13
3.4. Cronograma.....	14
4. Sistema de salud mental en Estados Unidos.....	15
5. Aplicabilidad a nuestro contexto.....	16
6. Conclusiones y valoración personal.....	17
6.1. Aspectos destacables.....	18
6.2. Limitaciones.....	18
7. Agradecimientos.....	19
8. Referencias.....	20
9. Bibliografía esencial en castellano.....	21
10. Datos de contacto del centro.....	21

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO UTILIZADO EN EL MRI

La terapia breve de resolución de problemas (TBRP) fue diseñada en 1959 por Richard Fisch, John Weakland, Paul Watzlawick, y sus colegas en el Centro de Terapia Breve (BTC, por sus siglas en inglés) del Mental Research Institute (MRI), de Palo Alto (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974). En concreto, el BTC se centra en abordar distintos tipos de problemáticas desde un enfoque breve, sistémico y centrado en el problema.

El modelo de TBRP se caracteriza por centrarse en el presente, en el aquí y ahora de la persona que pide ayuda, definiendo el problema a través de descripciones concretas, en lugar de requerir largas explicaciones, dado que en este modelo el interés no se centra en obtener explicaciones del origen del problema. Se trata de un modelo no normativo, que se apoya en el constructivismo y la cibernética, por lo que presupone que cada paciente es único y es el experto en su propia realidad.

En este sentido, utiliza la posición del paciente (o lo que es lo mismo, su marco de referencia) y el uso de su lenguaje, para finalmente ofrecer intervenciones que le alejen de sus soluciones intentadas. En este modelo, la norma tiende a ser trabajar fundamentalmente con un cliente (término que utilizan habitualmente, con el objetivo de enfatizar el papel activo de la persona que realiza tratamiento), que es la persona que demanda ayuda (es decir, la que manifiesta algún tipo de queja), pues se considera que es la persona más motivada para el cambio. De esta forma, se espera que el cliente sea quien más esfuerzos haga para generar modificaciones en el contexto en que se encuentra el problema (Fisch, Weakland, & Segal, 1984),

muchas veces de forma contraintuitiva, y haciendo uso en ocasiones de intervenciones paradójicas (Rohrbaugh, & Shoham, 2001).

A lo largo de la intervención en la TBRP se hace uso de distintas estrategias terapéuticas, como la definición del problema y las soluciones intentadas que no funcionan para resolverlo, el establecimiento de un cambio mínimo que haga darse cuenta que el cambio se está dando, el giro de 180° (hacer algo diferente a lo que se estaba haciendo previamente para solucionar el problema), la “*down-position*” (adoptar una posición inferior al paciente, que le reconozca como experto en su problema), la prescripción del síntoma como intervención paradójica, la prescripción de tareas, el reencuadre (dar un nuevo significado a lo sucedido) y la prevención de recaídas.

En consecuencia, al promover la sensación de control sobre el problema, se facilita el compromiso e implicación en la terapia, lo que facilita el cambio terapéutico. El planteamiento se basa en que modificando los patrones actuales que actúan como mecanismos mantenedores del problema, se inician pequeños cambios que actúan como instigadores de otros (Rohrbaugh & Shoham, 2001), lo que lleva al llamado efecto “bola de nieve”.

1.2. ¿POR QUÉ BREVE? LA IMPORTANCIA DE ABREVIAR LA TERAPIA

En este sentido, siempre que sea posible y las características del paciente y otros factores (por ej. institucionales) lo permitan, las intervenciones psicoterapéuticas han de tener tendencia a ser breves. En el caso de la TBRP, la terapia tiende a ser breve a consecuencia de focalizarse en un problema concreto, en lugar de abrir varias puertas a lo largo del proceso.

Beyebach (2006) plantea que es recomendable apostar por la brevedad de la atención psicoterapéutica, por razones no meramente económicas. Plantea que

históricamente otras motivaciones (por ej. de tipo clínico y ético) han impulsado el desarrollo de terapias breves (como por ejemplo en Palo Alto) antes de que se iniciaran recortes presupuestarios en proyectos relacionados con la salud mental. Sin embargo, destaca que breve se refiere al número de sesiones necesarias para generar los cambios necesarios, y no más, pudiendo ser la duración de la terapia más larga en casos crónicos o complejos con elevado riesgo de recaída.

1.3.LA TERAPIA SISTÉMICA COMO UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN PSICOTERAPIA

La evidencia disponible plantea que el contexto familiar podría ser un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de comportamientos diversos, como por ejemplo las conductas suicidas y los problemas de conducta, ya que estos problemas no ocurren en aislado, y repercuten en los distintos miembros del sistema familiar (Sitnik-Warchulska & Izydorczyk, 2018). De hecho, en algunos estudios se ha señalado el patrón de interacción social implicado en estos comportamientos como factor mantenedor, como una forma de comunicación, buscando recibir atención y/o tratando de transmitir un mensaje (Brown & Plener, 2017).

En este sentido, la terapia sistémica es una opción terapéutica que aborda los problemas teniendo en cuenta un enfoque interaccional. Esta modalidad de tratamiento es considerada coste-efectiva en un gran espectro de problemas. Entre ellos se encuentran, entre otros, problemas diversos en niños y adolescentes, con tasas de éxito que rondan el 66%, y puede reducir costes económicos en la utilización de otros recursos sanitarios, como visitas a urgencias u hospitalizaciones (Carr, 2016). Un metanálisis reciente (Riedinger, Pinquart, & Teubert, 2015) plantea que parece ser una opción efectiva y que genera cambios duraderos en el tiempo en

población joven. El objetivo es resolver el problema presente, en lugar de abrir puertas que se dirijan a metas más amplias.

En este sentido, la TBRP se trata de un tipo de terapia sistémica, centrada en el cambio terapéutico en un contexto relacional. El presupuesto fundamental es tratar de resolver la demanda del paciente de manera que este pueda retomar su funcionamiento habitual o reducir su malestar. La terapia finaliza cuando los pacientes consideran que ya no presentan quejas en relación al problema que les llevó a iniciar el tratamiento, pues como plantean Fisch & Schlanger (2002), no existe problema si nadie presenta ninguna queja.

1.4.LA IMPORTANCIA DE LA MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

Si bien la TBRP suele llevarse a cabo con un cliente, definido como la persona que presenta la queja y que está más motivada por el cambio (Fisch et al., 1984), en algunos casos puede trabajarse con varios miembros de la familia implicados en el problema. Esto tiene varias implicaciones: dado que las visiones que tienen de la realidad son distintas, los problemas que plantean resolver y las soluciones intentadas son diferentes. Además, permite una maniobrabilidad estratégica del terapeuta a la hora de intervenir, elemento fundamental del modelo TBRP (Fisch et al., 1984). Trabajar desde la realidad de cada miembro, aunque con un objetivo común (por ejemplo, el bienestar de la familia, o la reducción de los comportamientos que consideran problemáticos) permite que se mantenga la motivación para el cambio, facilitando la sensación de control de cada parte implicada en el problema, para resolverlo actuando de forma diferente a las soluciones intentadas. Un elemento fundamental para el éxito en psicoterapia es que la persona sienta que tiene cierto grado de control para provocar cambios y así lograr disminuir el malestar que le genera el problema por el que solicita ayuda.

Tener sensación de control disminuye la desesperanza y facilita un papel activo en el tratamiento, como se ha demostrado en estudios con patologías de salud física y mental (Shapiro, Schwartz, & Astin, 1996).

En el presente texto, se presenta una descripción de mi rotación externa en el BTC del MRI de Palo Alto, que realicé del 1 de septiembre al 30 de noviembre de 2018.

2. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE DESTINO

2.1. UBICACIÓN E INSTALACIONES

El BTC del MRI fue fundado por Richard Fisch, John Weakland y Paul Watzlawick en el año 1959. En un principio surgió con una finalidad de investigación: ver cuánto cambio se podía conseguir en un periodo limitado de sesiones. A partir de ahí desarrollaron el modelo de TBRP que todavía hoy en día se sigue usando tal y como lo hacían en los comienzos.

El MRI está ubicado en Palo Alto, California. El edificio es el original en que se desarrolló una parte importante del desarrollo histórico de la terapia breve y el modelo sistémico. En la actualidad, el MRI está formado por el BTC, y el Centro de Terapia Familiar Estratégica (SFTC, por sus siglas en inglés). Cada uno tiene dos salas principales, la de terapia y la que está detrás del espejo. Además, hay un aula de docencia para reuniones y seminarios, y varios despachos individuales, en los que los residentes del centro ven sus casos de forma individual.

La mayoría de la rotación se desarrolló en el BTC, aunque como se expone a lo largo del texto, también tuvimos la oportunidad de asistir a la segunda. El BTC dispone de un espejo unidireccional, el mismo que utilizaron los fundadores hace décadas, cuando intervenían como equipo en el tratamiento de los casos. A su vez, esto permite la formación de varios residentes detrás del espejo. La sala dispone de

un teléfono para poder llamar y sugerir intervenciones al terapeuta desde el otro lado, y era la dinámica habitual los martes, cuando Karin estaba detrás del espejo como supervisora. Todas las sesiones se grababan en vídeo con el objetivo de poder ser visualizadas y comentadas posteriormente si así se requería. La estructura era similar en el SFTC, si bien en este centro los casos se veían casi en exclusiva en inglés, mientras que en el BTC se veían casos tanto en español como en inglés. En este sentido, a pesar de que en ambos centros se atendía a un elevado número de casos de población inmigrante, era mayor en el caso del BTC. La problemática atendida era similar, aunque en general se formulaban los casos desde una perspectiva más dirigida a la intervención familiar. Es decir, dado que el STFC trabaja desde un modelo más estratégico, la tendencia era a ver a la familia entera cuando así se consideraba necesario. Sin embargo, en el BTC el enfoque, aunque de base estratégica, era la TBRP. En consecuencia, la tendencia en el BTC era a ver a la persona más motivada para iniciar cambios, sin ser necesario ver a varios miembros de la familia simultáneamente a lo largo de toda la intervención. Por otro lado, el único día destinado a la formación a través del espejo era el jueves, que era el día en que asistíamos a esta clínica, cuando acudía de forma presencial el supervisor y director de la STFC. Asimismo, se programaban espacios de al menos 15 minutos entre paciente y paciente para comentar el caso, a diferencia del BTC, en que se aprovechaba si quedaba tiempo disponible, y si no, se comentaban en el horario asignado para la supervisión.

2.2. POBLACIÓN ATENDIDA

El MRI atiende casos de niños, adolescentes, adultos, parejas y familias, bien sean derivados por el condado de la zona, a través del seguro *Medical*, o a través de vía privada. Los pacientes se atienden en inglés y en español, según sea su lengua.

Me parece interesante destacar que un porcentaje importante de la población atendida es de origen latino. En el contexto americano, se da un fenómeno interesante en este sentido: en las familias atendidas, la mayor parte de los padres son inmigrantes, por lo que hablan de forma más fluida castellano, al tiempo que sus hijos prefieren comunicarse en inglés dado que es el idioma en el que han estudiado desde pequeños y en el que se relacionan con sus iguales. En este sentido, el planteamiento del modelo de no requerir ver a todo el sistema familiar junto durante todas las sesiones facilita la asistencia, promueve cambios a distintos niveles y ayuda a superar la barrera idiomática en estas circunstancias.

2.3. PROFESIONALES

En la actualidad, el BTC está dirigido por Karin Schlanger, y el SFTC, dirigido por Terry Soo-Hoo. Ambos profesionales son discípulos de los fundadores del centro, ya fallecidos. Los dos centros atienden pacientes tanto privados como derivados por el condado de la zona. El centro tiene residentes (llamados *Interns*) que se forman en el MRI como parte de las 3000 horas de práctica supervisada requeridas para obtener la licencia del estado como terapeuta familiar y de pareja (Marriage and Family Therapist o MFT por sus siglas en inglés). A su vez, el BTC acoge rotantes externos por unos meses cada año.

2.4. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Si bien el centro nació como un centro de investigación de los aspectos comunicacionales en psicoterapia, dando lugar a una gran diversidad de proyectos de investigación, la actividad investigadora se ha reducido notablemente con el paso de los años. Por ejemplo, inicialmente la asistencia se realizaba en un máximo de 10 sesiones con el objetivo de analizar la eficacia del modelo diseñado, entre otros. No obstante, en el momento actual la actividad principal del MRI es eminentemente

clínica y formativa. Sin embargo, los rotantes externos realizamos un trabajo final de rotación en el que podemos analizar casos grabados en vídeo del archivo del MRI, o utilizar la gran cantidad de datos existentes para realizar trabajos en este sentido.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS

3.1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

A lo largo de la rotación, pude observar gran variedad de casos: niños, adolescentes, adultos, parejas y familias. El espectro de problemáticas era diverso: desde problemas de comportamiento, problemas emocionales y adicciones en niños y adolescentes, problemas emocionales o adicciones en adultos, a problemas de pareja y familiares. En todos los casos se adoptaba la visión sistémica de la TBRP, teniendo en mente al sistema en conjunto implicado en el problema, pero siempre viendo al que se consideraba cliente (es decir, la persona que presenta la queja y está más motivada para iniciar cambios para modificar la situación actual) la mayor parte del tiempo.

El rol era fundamentalmente de observadora a través del espejo unidireccional, participando activamente en la discusión previa y posterior del caso. A su vez, en las tutorías supervisábamos nuestras dudas, algunas veces revisando las sesiones grabadas en vídeo, explicando las intervenciones y aclarando dudas. También tuvimos la oportunidad de hacer *role-playing* de la forma más realista posible: en la misma silla del terapeuta, siendo grabadas en vídeo mientras nos observaban el resto de compañeros a través del espejo, y recibiendo llamadas de la terapeuta supervisora a través del teléfono habilitado para ello.

Si bien la mayor parte de la rotación se desarrolló en el BTC, los martes por la mañana y los jueves por la tarde asistíamos al entrenamiento clínico y a la

observación de casos detrás del espejo unidireccional del SFTC, bajo la dirección de Terry Soo-Hoo, director de esta clínica. La visión del modelo era similar, pero con matices, haciendo gran énfasis en las fortalezas de la persona y la importancia del significado que el problema tiene para el paciente.

3.2. ACTIVIDAD FORMATIVA

Durante mi rotación, asistí a distintas actividades de carácter formativo y clínico. Las dos primeras semanas fueron destinadas a actividades eminentemente formativas, realizando un curso básico del modelo para sentar las bases teóricas, al tiempo que empezábamos a ver los primeros casos.

3.2.1. Seminarios:

Los martes por la mañana asistíamos al entrenamiento clínico, principalmente impartido por Terry Soo-Hoo, centrado en aspectos de terapia familiar estratégica fundamentalmente. Durante nuestra estancia, también impartieron seminarios similares otros supervisores de los residentes del centro, en el mismo horario. Por mencionar algunos ejemplos:

- *Strategic brief therapy*: conjunto de seminarios impartidos por Terry Soo-Hoo. Se explicaron los fundamentos de la terapia breve centrada en soluciones, detallando la importancia de fomentar las fortalezas, trabajar con el significado que otorga el paciente a su problema y la utilidad del reencuadre en este sentido, así como el abordaje de las soluciones intentadas, fomentando el uso de las que sí han funcionado para amplificar su efecto, al tiempo que cambiar las soluciones intentadas que no funcionan por otras en un sentido diferente.

- *Problem-solving brief therapy*: impartido por Karin Schlanger. Se explicaron brevemente los fundamentos históricos del modelo, detallando posteriormente el procedimiento de la TBRP y finalizando con una comparación entre la TBRP y otros modelos sistémicos.
- *First session in strategic family therapy*: impartido por Reed Letsinger, supervisor del MRI. Se detallaron aspectos relevantes de cómo realizar una primera sesión en terapia familiar estratégica, haciendo énfasis en facilitar la alianza y el compromiso, ajustar expectativas, comprender el sistema familiar y establecer un foco compartido para la terapia.

Además, y dada la proximidad geográfica a la Universidad de Stanford, los jueves por la mañana de los meses de octubre y noviembre pude asistir a los seminarios abiertos ofrecidos por el Departamento de Psiquiatría de la universidad. Los temas abordados eran diversos, como por ejemplo: terapia dialéctico conductual en conductas suicidas en adolescentes, abuso sexual y el papel institucional asociado a la violencia y el abuso, salud mental en personas transgénero, liderazgo en salud, depresión resistente, utilidad y replanteamiento de las clasificaciones diagnósticas, y terapia breve de grupo focalizada.

3.2.2. Tutorías:

Los miércoles teníamos un espacio dedicado a la tutoría con Gloria Díaz, antigua residente del centro que ahora ejerce con su licencia de MFT y tutora de algunos rotantes externos, entre los que me incluyo. Aclarábamos dudas sobre los casos que estábamos viendo, sobre aspectos teóricos de las lecturas recomendadas y en relación al desarrollo del trabajo final.

Por su parte, los jueves teníamos un espacio similar con Karin Schlanger, en el que en ocasiones teníamos la oportunidad de estar delante del espejo haciendo *role-playing* recibiendo sus llamadas como supervisora mientras se nos grababa y recibiendo *feedback* de la ejecución.

3.2.3. Videoteca:

Dada la extensa videoteca del MRI y la oportunidad de que todas las sesiones del BTC sean grabadas en vídeo, teníamos la oportunidad de visualizar tanto vídeos de los fundadores haciendo terapia como casos más recientes. Una gran ventaja de esto era poder ver las sesiones previas de casos ya iniciados, para poder ver el proceso terapéutico completo, o seleccionar casos de temáticas que nos interesaran. Después comentábamos las dudas en los espacios programados para ello. A su vez, este material era utilizado en ocasiones por las tutoras para explicarnos las intervenciones realizadas.

3.3. ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Durante la estancia en el BTC, se nos ofrecía la posibilidad de desarrollar un trabajo que pudiese finalizar en una publicación. Los viernes eran el día que estaba previsto destinar a este fin. En este sentido, desarrollé un análisis de caso en el que se trabajaba con distintos miembros del sistema familiar de forma estratégica y no simultánea, con el objetivo de abordar el caso de una adolescente que presentaba problemas de conducta y amenazas suicidas. En este trabajo, realicé un análisis sesión a sesión de lo ocurrido, describiendo las intervenciones realizadas y detallando cómo la intervención familiar puede realizarse atendiendo a las demandas de los distintos miembros, sin requerir intervenir con todos de manera presencial en cada sesión. Al finalizar mi estancia, envié el artículo resultante para su publicación

en una revista del ámbito. Además, participé en otros proyectos ya iniciados en el centro. En concreto, por un lado participé en un estudio que trataba de evaluar los factores asociados a la persona que pide ayuda en el tratamiento, en función de si esta pedía ayuda para sí misma o para un tercero (paciente identificado). En el contexto de la TBRP, resultaba de interés estudiar estos aspectos, dado el marco teórico del que parten en el que lo idóneo es trabajar con la persona más motivada para el cambio, que tiende a ser quien presenta la queja en relación al problema. Por otro lado, colaboré en otro estudio centrado en aspectos transculturales, comparando aspectos relacionados con la asistencia a población americana y latina desde el modelo de TBRP, como por ejemplo problemática individual vs. familiar, número de sesiones, parentesco de la persona que pide ayuda con el paciente, etc.

3.4. CRONOGRAMA

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9-11h				Tutoría y supervisión	Investigación
11-12h		Entrenamiento Terapia Familiar Estratégica			Análisis de casos
12-14h	Casos en vídeo	Casos en Vídeo	Casos en vídeo	Seminarios Dpto. Psiquiatría Stanford	Trabajo final
14h	Comida	Comida	Comida	Comida	
15h		Supervisión	Supervisión		

16-20h	Casos en vivo <i>Brief Therapy Center</i>	Casos en vivo <i>Brief Therapy Center</i>	Casos en vivo <i>Brief Therapy Center</i>	Casos en vivo <i>Family Therapy Center</i>	
---------------	---	---	---	--	--

4. SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ESTADOS UNIDOS: DIFERENCIAS CON EL ESPAÑOL

A diferencia del sistema sanitario público español, en Estados Unidos (EEUU) la atención sanitaria es privada, lo que repercute en la atención a la salud mental. En este sentido, la asistencia que allí se brinda depende de la solvencia económica que cada uno disponga. Generalmente, la tendencia es disponer de un seguro médico que cubra los costes de la asistencia. Sin embargo, la cobertura de los seguros tiende a variar en función de los ingresos familiares, dado que suele estar sujeto a la nómina que se percibe. Es decir, no siempre la cobertura es total, y además, en la mayoría de casos se paga una cantidad por consulta a pesar del seguro.

Por lo que respecta al centro de destino, aunque el MRI es un centro privado de psicoterapia, que no forma parte de un hospital general, la atención podía realizarse a través de dos vías: 1) Vía privada: se solicita asistencia en el centro, se concierta una cita y se cobra directamente a la persona la cuantía de la sesión. En ocasiones, algunos seguros cubrían la asistencia, por lo que aunque se pagaba, se expedía un recibo por el cual el paciente recibía la cuantía tras aportarlo al seguro correspondiente; 2) Vía concertada: en el caso de los menores de edad procedentes de familias con escasos recursos, existe un seguro que cubre sus gastos sanitarios. Es el caso de *Medical*, y en concreto, el MRI tiene un convenio por el cual los menores de la zona (el condado de San Mateo, que corresponde a un área geográfica de California que tendría su equivalencia con lo que aquí llamamos área sanitaria)

pueden acudir a psicoterapia de forma gratuita si son derivados por el pediatra/médico de atención primaria. En este sentido, la asistencia era más rápida: la frecuencia de las citas era en muchos casos semanal, y la lista de espera no se alargaba más de una o pocas semanas.

Por otro lado, los requisitos necesarios para ejercer también son diferentes. En EEUU el psicólogo clínico realiza un programa de residencia que requiere también el doctorado para la obtención del título, a diferencia de en nuestro país. Sin embargo, en el MRI no es requisito ser psicólogo clínico, pero sí necesaria la obtención de la licencia de terapeuta familiar y de pareja para ejercer la práctica profesional en este sentido (Marriage and Family Therapist, MFT). Los rotantes del centro tienen que cumplir, tras haber realizado sus estudios de grado y máster, 3000 horas de práctica supervisada. Una vez finalizadas las correspondientes horas, cada profesional ha de prepararse para el examen de obtención de la licencia, que una vez aprobado, da acceso a la licencia de MFT.

5. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO

En el contexto público, en el que la gestión eficaz y eficiente en la atención a los pacientes que requieren atención en el ámbito de la salud mental es tan relevante, se hace necesaria la adquisición de conocimientos y habilidades orientados a intervenciones breves. Además, teniendo en cuenta la importancia de los problemas relacionales en salud mental, es recomendable tener en mente un enfoque que aborde cuidadosamente las interacciones entre sistemas. La eficiencia en la atención requiere de un enfoque que tenga en cuenta la importancia del cambio en psicoterapia, eje central en la terapia breve.

En este sentido, considero que la posibilidad de realizar mi rotación externa en el BTC del MRI ha sido gran oportunidad de cara a importar conocimientos en el área

de la terapia breve sistémica a nuestro país. La óptica constructivista, que se adapta a las necesidades de cada caso, teniendo en cuenta la realidad de cada miembro, encaja con la experiencia que he adquirido durante mis años de residencia: cada persona viene con su realidad personal, social y económica, y saber adaptar nuestro abordaje a estos aspectos es fundamental para garantizar la calidad asistencial.

Además, el planteamiento del modelo de la idoneidad de trabajar con la persona más motivada para el cambio dentro del sistema, facilita la adaptación a nuestro contexto, al no requerir ver a la familia al completo todo el tiempo. Esto permite que los esfuerzos destinados a la intervención sean más efectivos y eficientes en lo relativo a la obtención del cambio terapéutico.

Por último, tener en mente la importancia de cesar en las soluciones intentadas que no funcionan, permite no persistir “en el más de lo mismo”. Esto permite prevenir y trabajar estancamientos en el proceso terapéutico. Esta es una de las lecciones más importantes de mi estancia, dado que los profesionales tenemos la responsabilidad de monitorizar el proceso y saber detectar cuándo algo no funciona y poder cambiarlo. Es decir, tener en mente nuestras propias soluciones intentadas en terapia para poder modificarlas en caso de que no estén funcionando.

6. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL

Mi experiencia en el BTC del MRI ha resultado altamente satisfactoria. Realizar esta estancia como rotación externa me ha permitido no solo ampliar mi formación y experiencia clínica, sino encuadrar en un marco más amplio lo adquirido previamente.

Tomarse el tiempo necesario para definir el problema en términos operativos, sin olvidarnos de no abrir tantas puertas que no podamos cerrar, al tiempo que adoptamos el marco de referencia/posición de los pacientes. Una vez hecho esto,

podemos pasar a establecer cuáles han sido las soluciones intentadas que no funcionan y que les han llevado a consultar (y que suelen agruparse en torno a un tema central que hay que trabajar), lo que permite desarrollar una formulación del caso como punto de partida para la intervención. No olvido la frase que tantas veces plantea Karin Schlanger que le enseñó en su día el Dr. Fisch, uno de los fundadores, y que considera uno de los aspectos esenciales del modelo: “No tratamos problemas, tratamos soluciones intentadas”. Tal y como he expuesto previamente, me parece fundamental tener en cuenta cuando algo no funciona para poder modificarlo, tanto a nivel profesional como personal.

6.1. ASPECTOS DESTACABLES

Como aspectos positivos destacaría:

-El bagaje terapéutico del que disponen, con una historia que les avala en el desarrollo de la terapia sistémica, y en concreto, de la TBRP.

-El ambiente destinado a formación que facilita ir poco a poco en una rotación, con la disponibilidad de múltiples y diversos casos grabados en vídeo.

-La posibilidad de ver los casos semana a semana, sin los condicionantes de la presión asistencial de nuestro contexto, así como poder ver las grabaciones de sesiones previas y hacer el seguimiento de casos completos.

6.2. LIMITACIONES

Como limitaciones o aspectos negativos de la rotación destacaría:

-El número de clientes era menor al que solemos ver habitualmente en nuestro contexto, lo que implicaba menor número total de casos en vivo de lo que hubiese sido en nuestro entorno en el mismo periodo de tiempo.

-La imposibilidad de realizar práctica con pacientes reales durante la estancia, dadas las restricciones legales del gobierno americano en este sentido (el visado que

nos conceden implica que no puedes atender pacientes directamente sino solo observar la práctica de otros profesionales).

-La actividad investigadora del centro es mucho menor de lo que era en sus inicios, dando lugar a un menor número de opciones en este sentido al no existir una estructura investigadora definida en el momento actual.

A nivel global, bajo mi punto de vista, la inversión que ha supuesto a distintos niveles, se ha visto totalmente recompensada. Por un lado, como una oportunidad de importar conocimientos y habilidades en nuestro contexto, y por otro como experiencia personal enriquecedora.

7. AGRADECIMIENTOS

A ANPIR, por la ayuda recibida para realizar la estancia y la disponibilidad para resolver las dudas requeridas.

Al Hospital Ramón y Cajal por facilitar los trámites y animarme a iniciar este proceso.

Al equipo del MRI: a Karin, Gloria e Ignacia, por guiarme en el camino de la terapia breve y supervisar mis pasos, ayudándome a entender por qué no persistir “en más de lo mismo” cuando no funciona. También a Terry, por no hacerme olvidar las fortalezas y el significado que cada uno le da a las cosas.

A mis compañeras de rotación, Elia, Marina y Ana, por las largas horas compartidas en distintos espacios dándole vueltas a diversas realidades, y especialmente a Rocío, por cada experiencia vivida, cada risa, duda y expectativa compartidas.

A Jane, por hacer de nuestra estancia tan acogedora como si fuese nuestra propia casa.

8. REFERENCIAS

- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona, España: Ed. Herder.
- Brown, R., & Plener, P. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*, 19:20. doi:10.1007/s11920-017-0767-9
- Carr, A. (2016). How and Why Do Family and Systemic Therapies Work? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37, 37–55. doi: 10.1002/anzf.1135
- Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*. Barcelona, España: Editorial Herder
- Fisch, R., & Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable: terapia breve con casos intimidantes*. Barcelona, España: Editorial Herder
- Riedinger, V., Pinquart, M., & Teubert, D. (2015): Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-15. doi: 10.1080/15374416.2015.1063427
- Rohrbaugh, M.J.& Shoham, V. (2001). Brief Therapy Based on Interrupting Ironic Processes: The Palo Alto Model. *Clin Psychol* (New York), 8(1), 66-81.
- Sitnik-Warchulska, K., & Izydorczyk, B. (2018). Family Patterns and Suicidal and Violent Behavior among Adolescent Girls—Genogram Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15, 2067. doi:10.3390/ijerph15102067
- Shapiro, Schwartz, & Astin, (1996). Controlling Ourselves, Controlling Our World: Psychology's Role in Understanding Positive and Negative Consequences of Seeking and Gaining Control. *American Psychologist*, 51(12), 1213-1230

Watzlawick, P, Weakland, J.H., Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.

9. BIBLIOGRAFÍA ESENCIAL EN CASTELLANO

- Fisch, R., & Schlanger, K. (1999) *Cambiando lo incambiable: la terapia breve con casos intimidantes*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R., Weakland, J., Segal, L. (1982) *Táctica del cambio*, Washington: Wiley.
- Jackson D., Bavelas J., y Watzlawick, P. (1967) *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder
- Rosen, S. (2009). *Mi voz irá contigo: los cuentos didácticos de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Watzlawick, P, Weakland, J.H., Fisch, R. (1992). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick P, y otros. (2010). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa
- Wittezaele, J.J, García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.

10. DATOS DE CONTACTO DEL CENTRO DE DESTINO

- **Página web del MRI:** <https://mri.org/>
- **Directora del BTC:** Karin Schlanger. E-mail: karinschlanger@gmail.com
- **Responsable de residentes:** Gloria Díaz Arnal. E-mail: gloria.diaz.arnal@gmail.com