



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**Conociendo las experiencias de los miembros de
Familias que viven con VIH/ SIDA, los terapeutas
que entrevistan y los que conforman el Equipo
de Reflexión en la terapia familiar.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

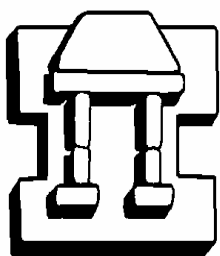
PRESENTA:

YANET EVELYN MONTIEL NERIA

ASESORES: LIC. MA. KENIA PORRAS OROPEZA

MTRO. ISMAEL FERNANDO DIAZ OROPEZA

LIC. MARIA ESTHER RODRÍGUEZ DE LA ROSA



TLAXIAPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2006.



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.

INDICE

	Pag.
Resumen	
Introducción	i
 CAPÍTULO 1. EL TRABAJO TERAPÉUTICO CON FAMILIAS AFECTADAS POR EL VIH/ SIDA.	
1.1 Información sobre la infección del VIH/ SIDA	1
1.2 Impacto del VIH/ SIDA:	
1.2.1 Impacto Familiar	6
1.2.2 Impacto Psicológico	12
1.2.3 Impacto Social	18
1.3 Formas de Intervención clínicas en VIH/ SIDA	20
1.3.1 Formas de intervención psicológica en VIH/ SIDA	21
1.3.2 Formas de intervención con familias.....	28
 CAPÍTULO 2. EL EQUIPO DE REFLEXION	
2.1 Antecedentes del Equipo de Reflexión (ER)	32
2.2 Postulados teóricos del ER	36
2.3 Lineamientos y proceso del ER	42
2.4 Investigaciones sobre el ER	51
 CAPÍTULO 3. INVESTIGACIÓN	
3.1 Planteamiento del problema	58
3.1.1 Pregunta de investigación	58
3.1.2 Objetivo general	58
3.1.3 Definición de términos	58
3.2 Método	59

3.2.1 Participantes	59
Primer grupo de co-investigadores: Clientes entrevistados	
Segundo grupo de co-investigadores: Terapeutas que entrevistan	
Tercer grupo de co-investigadores: Terapeutas miembros del ER	
3.2.2 Diseño	60
3.2.3 Procedimiento	60

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Proceso de aprehensión del ER	64
4.1.1 Para el terapeuta que entrevista	64
4.1.2 Para los clientes	67
4.1.3 Para los terapeutas miembros del ER	69
4.2 Utilidad	78
4.2.1 Para el terapeuta que entrevista	78
4.2.2 Para los clientes	87
4.2.3 Para los terapeutas miembros del ER	96
4.3 Ventajas	97
4.3.1 Para el terapeuta que entrevista	97
4.3.2 Para los clientes	98
4.3.3 Para los terapeutas miembros del ER	99
4.4 Desventajas	100
4.4.1 Para el terapeuta que entrevista	100
4.4.2 Para los clientes	104
4.5 Cambios	104
4.5.1 Para el terapeuta que entrevista	104
4.5.2 Para los clientes	107

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

Aportaciones finales	110
Referencias	120

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue conocer las experiencias de los miembros de familias que viven con VIH/ SIDA, los terapeutas que entrevistan y los que conforman el Equipo de Reflexión (ER) a partir de su trabajo en la terapia familiar con él ER. El estudio fue realizado a través de una metodología cualitativa, se realizaron entrevistas a 5 terapeutas y 3 clientes. El análisis consistió en una detallada descripción del estudio de caso y de su contexto a partir de: la agregación de categorías, la interpretación directa, el establecimiento de patrones y una generalización naturalística. Los resultados reflejaron el proceso de aprehensión del ER, la utilidad, ventajas, desventajas así como los cambios generados a partir de trabajar con el ER en la terapia familiar. Concluyendo que la intervención del ER genera importantes cambios (de actitud, etc.) y demuestra avances significativos (en relaciones personales, familiares, etc.) tanto para los terapeutas como para los clientes en la terapia familiar.

INTRODUCCION

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido es un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social de las naciones. De acuerdo a las estimaciones más recientes del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), en México existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH. Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 15 de noviembre del 2005, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 98,933 casos acumulados de SIDA, de las cuales el 83.3% son hombres y el 16.7% son mujeres. Esto ha originado un incremento en la demanda de los servicios de salud por parte de las poblaciones afectadas. En la mayoría de los casos, los servicios ofrecidos por instituciones gubernamentales y asociaciones civiles resultan insuficientes ante la demanda y se dirigen solamente a las personas que viven con VIH/ SIDA sin tomar en cuenta a quienes les rodean. Aunado a esto, los servicios que proporcionan las instituciones de gobierno sólo se enfocan a la atención médica, descuidándose en muchas ocasiones la atención psicosocial. Por consiguiente, en la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA A., C. (Fundasida) se implementaron programas de atención y prevención destinados a mitigar el impacto de la enfermedad en la población mexicana. Entre dichos programas se encuentra el modelo de intervención multidisciplinario dirigido a las personas que viven con VIH/ SIDA en el cual se trabaja con el Equipo de Reflexión (Díaz, González, Morales & Reyes, 2003).

Algunos autores (Ízasola, 1996 y Sepúlveda, 1989) destacan la importancia de abordar el VIH/ SIDA desde diversas áreas (psicología, pedagogía, sociología antropología), ya que constituye un fenómeno social complejo que tiene

repercusiones en distintos niveles y la comunidad científica se ha enfocado principalmente al aspecto médico. Debido a que el virus se sigue propagando, el número de personas infectadas, así como familiares, pareja y amigos involucrados, requieren un aumento en las demandas de apoyo psicológico relacionadas con la enfermedad.

Existen varias investigaciones sobre la utilización del ER en la terapia (Andersen, 1987, 1996; Biever & Gardner, 1995; Griffith, Griffith, Krejmas, McLain, Mittal, Rains, Tingle, 1992; Kleist, 1999; Mills & Sprenkle, 1995; Prest, Darden, y Keller 1990; Sells, Smith, Coe, Yoshioka, & Robbins 1994; Smith, 1993; Smith, Sells, & Clevenger, 1994; Smith, Sells, Pereira, Todahl, & Papagiannis 1995; Smith, Winton, & Yoshioka, 1992; Vega y Sesma 2001 en Licea, Paquentin, & Selicoff, 2002; White, 2002;) tanto en el extranjero como en México, sin embargo ninguna de ellas fue enfocada a recabar las experiencias no solo de los clientes sino también de los terapeutas y miembros del equipo, con la finalidad de conocer que aportaciones tiene el mismo para mejorar la intervención en la terapia familiar en personas que viven con VIH/ SIDA.

Por lo anterior el objetivo de esta investigación fue conocer las experiencias de los miembros de familias que viven con VIH/ SIDA, los terapeutas que entrevistan y los que conforman el ER a partir de su trabajo en la terapia familiar. El estudio fue realizado a través de una metodología cualitativa, con la finalidad de comprender los fenómenos y procesos desde la perspectiva del actor (Bogdan & Taylor, 1984). Se utilizó un diseño de estudio de caso (Creswell, 1998), para conocer con detalle la perspectiva de los coinvestigadores acerca de su participación en la terapia familiar utilizando el ER.

La investigación se enfoca principalmente a conocer las experiencias de los participantes al trabajar con el equipo en una situación de VIH/ SIDA, por lo que en el capítulo 1, se hablará de manera breve y general sobre la historia del VIH y los aspectos: familiar, psicológico y social, así como de las intervenciones psicológicas que existen en materia de VIH/ SIDA para dar pie al capítulo 2 que

será el que defina el objetivo del presente trabajo, en donde se hablará ampliamente de los antecedentes y fundamentos teóricos del ER y en que consiste el trabajo del mismo.

En el capítulo 3 se expone el planteamiento del problema y el método como se llevó a cabo la investigación.

En el capítulo 4 se dará a conocer el análisis de resultados obtenido a partir de las entrevistas realizadas a los participantes, basado en el diseño de estudio de caso.

Por último en el capítulo 5 se presentan las conclusiones a la que se llegó al realizar esta investigación.

CAPITULO 1. EL TRABAJO TERAPÉUTICO CON FAMILIAS AFECTADAS POR EL VIH /SIDA.

De manera general se hablará del impacto que ha tenido el VIH/ SIDA en los aspectos familiar social y psicológico, así mismo, se hablará de algunas de las intervenciones psicológicas que se han trabajado hasta ahora para disminuir los efectos de la infección en los pacientes, debido a que la persona que es diagnosticada portadora del virus necesita realizar ajustes inmediatos en varios niveles de su vida así como quienes se ven involucrados en el problema.

1.1 Información sobre la infección del VIH/ SIDA.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es considerado como la pandemia más importante de las últimas décadas. Particularmente por la relación que mantiene con la sexualidad humana, es un problema que se trata como tema tabú aún en nuestra sociedad. Descubierta a partir de su relación con enfermedades particularmente raras, en personas homosexuales que las habían desarrollado, este virus ha sido catalogado como el más devastador por la particular capacidad que tiene de cambiar su información genética, haciendo prácticamente imposible destruirlo. Como consecuencia de esto y a partir de su capacidad de transmisión vía fluidos corporales, éste ha atacado a grupos de individuos que necesariamente se exponen a los mismos; esto es, a los que utilizan drogas de tipo intravenosa en donde las jeringas se comparten entre los usuarios de la misma, a quienes tienen prácticas sexuales sin implementos de protección que puedan impedir el intercambio de fluidos corporales o de una madre (portadora del virus) a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia, entre otros menos potenciales pero que no por ello dejan de ser menos importantes.

Hacia 1980, los médicos con gran asombro se dieron cuenta de la existencia de una enfermedad que les pareció “nueva”. Nueva porque aparentemente nunca antes se había visto y porque para comprenderla debían recurrir a modelos desconocidos en la patología y la epidemiología clásica.

La primera sorpresa, debida al descubrimiento de un género de enfermedades no previsto por las teorías médicas, fue seguida rápidamente por otras observaciones inesperadas, cada vez más inquietantes: una nueva “peste” atacaba a la humanidad, una infección imposible de controlarse se extendía inexorablemente y los afectados morían a pesar de los tratamientos más perfeccionados. Desde que se supo que la transmisión de esa enfermedad estaba ligada a la sexualidad, a la sangre y a las drogas, se produjeron reacciones histéricas colectivas.

La enfermedad fue vista no solo como “extraña”, debido a sus singulares características epidemiológicas y clínicas, sino también como esencialmente “extranjera” porque irrumpía en un mundo ordenado, procedente de los países subdesarrollados y por intermedio de subgrupos marginales y moralmente reprensibles (Grmek, 1992)

Desde que se descubrió el virus, no se sabe con exactitud donde se originó. Existen a la fecha varias teorías, pero ninguna de ellas es definitiva y concluyente. Muchos autores piensan que el virus que lo causa probablemente tuvo su origen en África Central y fue exportado a través de Haití a Estados Unidos y después al resto del mundo, la razón para esta afirmación es simplemente que el virus es muy frecuente en Uganda, Zaire y otras naciones de África Central.

Sin embargo una de las teorías que es más considerada hasta la fecha es que la infección por VIH es el resultado de una *zoonosis*, es decir, la transmisión del virus a partir de algún animal al ser humano (Gwynne y Cashat, 2001; en García, 2002).

De acuerdo a la evidencia que se tiene, el virus que causa el SIDA es muy semejante a un virus que es endémico en los monos verdes de África, y algunas de las explicaciones que se tienen acerca de la transmisión son: que estos monos son cazados y comidos, o a veces muerden a los cazadores o a los niños y es probable que así se haya transmitido el virus (Otha ,1988; en González, 1996).

Otros autores como Gallo y Montaigner (1988; en González, 1996), consideran que la transmisión del virus pudo haber sido facilitada por el consumo del cerebro crudo del simio, debido a que esa costumbre es habitual entre ciertas poblaciones del Zaire, además de la posibilidad de ciertas mutaciones del virus endémico entre los monos africanos, de este modo, después de haber pasado al hombre y haber sufrido esas mutaciones se generaron los virus intermedios y luego el VIH.

Aunque no se sabe cuál es el origen geográfico del virus, ni el momento en que se convirtió en un agente patógeno para el hombre, se tiene informes anteriores a la década de los 80's de personas que murieron con un cuadro clínico compatible al del SIDA, pero como eran casos aislados no se sospechaba que se trataba de una nueva enfermedad, algunos de estos casos son:

1959: en Zaire, se reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH, con confirmación de la misma, que se mantenía congelado desde finales de los años cincuenta.

1969: un adolescente de 15 años murió en San Luis Missouri, con sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas.

1976: la muerte de una familia noruega, una niña y sus padres. El padre presentó desde 1966, un cuadro clínico con infecciones respiratorias recurrentes. Murió en abril de 1976. La madre presentó desde 1967, infecciones recurrentes. A partir de 1973, el cuadro empeoró, con diagnóstico de leucemia, y un cuadro neurológico progresivo. Murió en diciembre de 1976.

La niña presentó infecciones bacterianas graves con complicaciones pulmonares, y murió en enero del mismo año. En los tres casos se confirmó el diagnóstico de SIDA, al realizar las pruebas de Elisa y Western Blot en sueros congelados desde 1971.

1977: un informe médico belga, refiere el caso de una secretaria originaria de Zaire, de 34 años, que viajó a Bélgica en 1977 para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes. La mujer murió un año más tarde, con un cuadro clínico compatible con SIDA.

Como se puede observar, en algunos de estos casos el diagnóstico retrospectivo de SIDA se logró confirmar con pruebas de sangre positivas al VIH. En otros, sin embargo, el diagnóstico sólo se ha podido basar en la sintomatología.

Actualmente se conoce que desde 1978 se tuvo noticias de casos que aparecieron en Estados Unidos, en hombres homosexuales jóvenes con sarcoma de Kaposi, por lo que al inicio de la epidemia se sospechó que la causa estaba asociada con algún factor inherente a las relaciones homosexuales. Esto condujo a un relativo retraso en la definición de las poblaciones en riesgo, y a que no se formularan recomendaciones para evitar la infección entre la población heterosexual. Fue en junio de 1981 cuando el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CCE), publicaron los primeros cinco casos de una enfermedad infecciosa poco común (neumonía por *Pneumocystis carinii* y sarcoma de Kaposi) en hombres homosexuales previamente sanos. Todos ellos habían iniciado su padecimiento desde 1980. a principios de 1982 se notificaron casos similares en personas adictas, sugiriendo que ambos grupos padecían la misma enfermedad. El común denominador era que tenían afectado, de manera importante, el sistema inmunológico.

Entre 1982 y 1983, empezaron a aparecer otros afectados: hombres bisexuales, personas originarias de ciertas regiones del orbe, receptores de transfusiones sanguíneas, personas hemofílicas, las parejas sexuales de los

pacientes y algunos de sus hijos, por lo que se hacia evidente que existían otros grupos afectados, así como otros mecanismos de transmisión.

Finalmente, en junio de 1982, se acuñó el término de SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Y para 1986, el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus, acordó denominar a este nuevo agente causante del SIDA con el nombre de VIH (Virus de la inmunodeficiencia Humana), (Sepúlveda, 1989).

En el libro *La enfermedad y sus metáforas*, Susan Sontag dice que basta ver a una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla intensamente para que se vuelva moralmente, si no literalmente, infecciosa y en efecto, el SIDA encierra infinitos misterios, no sólo en cuanto a su origen y a diversos aspectos médicos, sino sobre todo por las implicaciones que ha tenido sobre la humanidad. El misterio que envuelve a la enfermedad y el hecho de que para fines prácticos se trate de una enfermedad de transmisión sexual han determinado por un lado, que esté rodeada de mitos sobre su transmisión, y por otro, explican el afán que ha existido, primero, por negar el fenómeno, y después, por buscar culpables y estigmatizar poblaciones. Esta reacción, se ha visto en otras epidemias –como la peste, la viruela, la sífilis e incluso la influenza- que históricamente han favorecido respuestas sociales basadas en inculpar a los homosexuales, como responsables de la diseminación del mal. Pero no hay que perder de vista que el culpar a otros puede ser, en sí mismo, un proceso psicológico contagioso, que conduce al estigma y a la persecución (Sepúlveda, 1989).

1.2 Impacto del VIH/ SIDA

En la actualidad ha aumentado el número de personas que contraen el virus en el mundo, la pandemia se ha diseminado a nivel mundial siendo alarmante el número de portadores del VIH, ya no es un problema de las “minorías”, como se etiquetó años atrás, es un problema que involucra a toda la sociedad en general. Considerando el número de individuos que viven con la infección del VIH/ SIDA, la manera en que se

transmite, el impacto y las reacciones que provoca bien podría llamarse una “enfermedad social”. En la sociedad ha causado fuertes respuestas emocionales que afectan las relaciones interpersonales de las personas con VIH/ SIDA que pueden contribuir a un sentimiento de abandono, desamparo, aislamiento en pacientes VIH/ SIDA. Además significa un acontecimiento que oscila entre el vivir y la muerte, entre lo privado y lo público, el hoy y el mañana, en la duda de interminables ayeres, entre la resignación y la desesperación tanto individual como colectiva, mueve al abandono y al encierro, a la solidaridad y a la represión, al suicidio y a la combatividad, también genera búsquedas, encuentros, tropiezos, mitos, alarmas, fricción y produce rupturas y alianzas, propuestas, movilizaciones y rechazo y, como es un padecimiento sexual, renueva políticas y conductas (Heiko, 1996).

El temor a romper valores sociales y sistemas de creencias, así como la importancia que se le da a la familia y su entorno, junto con las normas y valores comunitarios, hacen a las personas con VIH sensibles a cambios de conducta y estilos de vida que se manifiestan desde el momento mismo del resultado positivo a la prueba de detección de anticuerpos al VIH. Un resultado positivo trae consigo una serie de factores emocionales y sociales que condicionan, en primera instancia la vida presente y futura (Acevedo & Solache, 1998).

La confidencialidad es también un aspecto muy importante que permite encarar la crisis del diagnóstico, ya que cuando se divulga el estado del paciente, este suele enfrentarse en un tiempo muy corto a muchos problemas que pueden convertirse en el comienzo de una caída económica, social, psicológica y médica (Ortiz, 1992; en Najera, 1995).

1.2.1 Impacto Familiar.

Cuando una persona enferma queda prácticamente aislada de su entorno social, económico y laboral, sobre todo cuando se trata de una enfermedad crónica y discapacitante, se genera una situación de crisis tanto en lo individual y lo familiar. El

sistema familiar tiene que someterse a un cambio de hábitos muy arraigados y lidiar en la mayoría de las veces con el sistema de salud, lo cual genera ansiedad, resentimientos e impotencia, asimismo debe aprender acerca de los cuidados que necesita el enfermo y enfrentarse a la posibilidad de la muerte de uno de sus seres queridos, Rolland (2000) señala que cuando aparece una enfermedad en la familia, ésta se “encierra” para socializarse con la enfermedad y para aprender a convivir con ella.

En muchos casos las familias de los pacientes con VIH/ SIDA tienen gran necesidad de apoyo. No solo sufren el mismo miedo y ansiedad que cualquier otra persona con contactos frecuentes con pacientes, sino que además deben afrontar el rechazo de la sociedad, al igual que los propios enfermos (Moreno, 1994).

Cuando en las familias se conoce que uno de sus integrantes es portador del VIH representa un periodo de shock y adaptación a la nueva realidad que se antoja inverosímil y que requiere de un mínimo de explicaciones para hacer más manejable la situación. El momento de crisis inicial suele caracterizarse por un alto grado de conflicto en el que la búsqueda de explicaciones pasa por diversas formas de culpabilización intra-familiar, así como de temores respecto a la forma en que cada uno de los integrantes va a reaccionar ante el problema. Se trata de una situación temporal que pone en su límite los fundamentos mínimos de la solidaridad familiar (Castro, 1996).

Las relaciones familiares constituyen una dimensión importante en el contexto social en el que el individuo nace, se desarrolla y muere. Entre la familia y el individuo se desarrolla una serie de influencias recíprocas mismas que se modifican cuando un individuo de la familia enferma crónicamente. La familia reacciona contra la enfermedad, su estructura cambia, se modifican los roles y no puede seguir realizando su actividad normal (Masters y Cerreto, 1993; en Antonio y Hernández, 1996).

Con respecto a la convivencia con la persona que vive con el VIH/ SIDA dentro de la familia las conductas de apoyo suelen verse minadas con el tiempo por el desgaste físico y emocional que implica la atención continua de un enfermo de SIDA.

El desgaste de la familia se nutre de varias áreas: alteración de la vida cotidiana familiar, al no tener la información suficiente, al no saber a donde dirigirse para la atención de su familiar, al enfrentamiento con los sistemas de salud, a la distribución de las cargas de trabajo que implica el cuidado del enfermo (Castro, 1996). Además el trato que le da la familia a la persona enferma juega un papel esencial, ya que en la mayoría de los casos son los familiares los encargados de los cuidados. Se modifica la relación que existe entre la familia como sistema y el problema del VIH / SIDA; por un lado, la familia es parte de una sociedad y la sociedad misma es un sistema, la familia como subsistema experimenta cambios dentro de ella si algún miembro es afectado por el VIH, habrá cambios específicos en su relación, en su desarrollo y en su comportamiento hacia el enfermo; cambios que van desde lo psicológico, emocional y hasta lo físico, repercutiendo directamente en el enfermo de VIH y viceversa (Romo, 1997).

Casares de Castro (1990) nos dice lo importante que es para el trabajador de la salud el tener conocimiento de los efectos específicos de determinada enfermedad en el paciente y en la familia, pues la manera en que se aborde el tema desde el momento del diagnóstico y las primeras decisiones que le siguen va a ser sumamente importante en el manejo que la familia pueda hacer de la enfermedad. También lo importante de tomar en consideración también los efectos sociales de la enfermedad; como responde la sociedad a una determinada enfermedad, que facilidades ofrece al enfermo o su familia para la rehabilitación o adaptación. En el caso de VIH/ SIDA, por ejemplo, existe una actitud muy generalizada de juicio y rechazo, al que el paciente y la familia tienen que enfrentarse. Esta actitud es muy diferente a la reacción de la sociedad frente al cáncer o cualquier otra enfermedad que amenace la vida del paciente.

Aunque la familia enfrenta una mezcla de reacciones frente a la infección por parte de uno de los suyos por el miedo a infectarse y a la muerte, la infección conduce a los familiares a una valoración moral de los hechos y se asocia con nociones tales como premio/ castigo o bueno/ malo, en lugar de pensar que lo produce un agente infeccioso que no tiene nada que ver con la moral.

En ese momento son muchas las situaciones que el grupo familiar debe resolver frente a la aparición del SIDA dentro de su núcleo. Entre ellos:

1. Temor a infectarse en poblaciones donde la familia es un sistema relativamente integrado. La actitud de sus miembros puede ser la de cuidar y apoyar para resarcir la culpa y restablecer una relación que ha estado rota por mucho tiempo.
2. Enfrentar la posibilidad del estigma social: las familias experimentan también el temor a ser discriminadas, rechazadas o señaladas no sólo por el VIH/ SIDA, sino por la asociación de esta enfermedad con la homosexualidad, que igualmente contiene connotaciones de “anormalidad”. Es importante que el equipo de salud eduque a la familia para reducir sus temores.
3. Enfrentar como posibilidad presente la muerte de un ser querido: los diferentes miembros de la familia pueden vivir el mismo proceso psicológico que el infectado, es decir, shock e incredulidad, negación, ira, etc.

Todas las reacciones anteriores afectan de manera integral al paciente, a la familia, la pareja y a los amigos de manera negativa y es cuando entra el psicólogo o se recurre a él para que les ayude en su problema (Silverman, 1993). Los temores anteriores pueden generar o desencadenar una crisis familiar, ya que algunas familias abandonan al enfermo en los hospitales, dándole una muerte social antes de la física.

Núñez (1997) dice que el tiempo del diagnóstico es un factor predominante en el bienestar físico y emocional, las personas que tienen más tiempo de vivir con el virus, que tiene o han tenido más sintomatología y que cuentan con el apoyo familiar tienen menor nivel de depresión, situación contraria si no cuentan con el apoyo de la familia, son más propensos a depresiones; el amor, el cariño, y los cuidados que

provenzan de la familia, de los amigos, o de la pareja son cruciales para disminuir el estrés y la angustia y por consiguiente la depresión. Otro factor importante es la información que le es proporcionada al enfermos y a su familia a través de médicos, psicólogos, organizaciones o grupos de apoyo (González, 1996). En el caso de los pacientes intentan proteger a quienes aman no dejándolos saber lo que realmente sienten, pueden evitar todo comentario sobre el tema del VIH/ SIDA y terminar mucho peor emocional y psicológicamente, puesto que han encubierto sus temores y ansiedades, tanto que crecieron fuera de proporción con su importancia original: el esfuerzo para ocultar las preocupaciones, se torna en una presión tan intensa que con frecuencia hay el peligro de perder el sentido de perspectiva de las circunstancias y la recuperación emocional y quizá física, se retarda espectacularmente.

Casares de Castro (1990) nos dice que ante esta situación generalmente, el paciente y la familia entran en crisis, pues se sienten amenazados en su equilibrio como personas y como sistema familiar. La experiencia en este campo pone de relieve la importancia de trabajadores de la salud que ayuden a la familia en este proceso, ya que este trabajo requiere la utilización de técnicas especiales de ayuda.

Existen Organizaciones donde hasta el momento no se han hecho investigaciones sobre los efectos que produce el Equipo de Reflexión (ER), pero si sean dado a la tarea de aplicar este trabajo a partir de los resultados conocidos de las investigaciones realizadas, como es el caso de la Fundación Mexicana para la lucha contra el sida A.C. (Fundasida), la cual trabajaba con familias afectadas por el VIH/ SIDA en sus sesiones de terapia familiar, si bien, Casares de Castro (1990) nos dice que el diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida enfrenta a la familia a una situación que posiblemente no ha sido vivida nunca antes, como es la posibilidad de morir. Ante esta situación generalmente, el paciente y la familia entran en crisis, pues se sienten amenazados en su equilibrio como personas y como sistema familiar. La experiencia en este campo pone de relieve la importancia de que trabajadores de la salud ayuden a la familia en este proceso, ya que este trabajo requiere la utilización de nuevas técnicas de ayuda como el ER, pues, como ya se mencionó antes, es una

concepción diferente, hace de la terapia una participación diferente tanto del terapeuta que entrevista como de los clientes y de quienes conforman el ER. Es otra forma de ofrecer ideas y opiniones a partir de las experiencias de vida del cliente, del terapeuta con otros clientes o en su propia vida personal y de quienes conforman el ER, de igual manera a partir de sus experiencias con otros o de ellos mismos. Y así los clientes pueden estar en cualquier posición y gozar con sus respectivos beneficios, de esto se hablará ampliamente en el siguiente capítulo.

Estudios realizados con el objeto de explorar la respuesta del paciente y de la familia ante una enfermedad crónica, repetidamente enfatizan que la intervención terapéutica debe ser diseñada para ayudar a la pareja (Baider, 1988 en: Casares de Castro, 1990), a la familia completa (Wellisch, 1980 en: Casares de Castro, 1990) y no solamente al paciente, para que el apoyo que requiera sea de mejor calidad por parte de quienes le rodean, ya que cuando en las familias se conoce que uno de sus integrantes es portador del VIH representa un periodo de shock y adaptación a la nueva realidad que se antoja inverosímil que requiere de un mínimo de explicaciones para hacer más manejable la situación.

Ya que el momento de crisis inicial suele caracterizarse por un alto grado de conflicto en el que la búsqueda de explicaciones pasa por diversas formas de culpabilización intra-familiar, así como de temores respecto a la forma en que cada uno de los integrantes va a reaccionar ante el problema. Se trata de una situación temporal que pone en su límite los fundamentos mínimos de la solidaridad familiar. Con respecto a la convivencia con la persona portadora del VIH/ SIDA dentro de la familia las conductas de apoyo suelen verse minadas con el tiempo por el desgaste físico y emocional que implica la atención continua de éstas. El desgaste de la familia se nutre de varias áreas: alteración de la vida cotidiana familiar, al no tener la información suficiente, al no saber a donde dirigirse para la atención de su familiar, al enfrentamiento con los sistemas de salud y a la distribución de las cargas de trabajo que implica el cuidado del enfermo (Castro, 1996).

El trabajo con el equipo reflexivo ha sido bien aceptado por las personas con VIH/ SIDA y sus familias, ha contribuido con el enriquecimiento del proceso al incluir una multiplicidad de voces y perspectivas sobre la situación que traen los clientes a la sesión, lo cual es particularmente importante en el contexto del VIH/ SIDA, donde a menudo las descripciones sobre lo que pasa son restringidas, las historias que traen a las sesiones se encuentran saturadas de problemas y encuentran pocas opciones. En esta situación el uso del equipo ha demostrado ser útil para las familias (Díaz, González, Morales & Reyes, 2003).

El SIDA a planteado a los individuos muchos cuestionamientos acerca de sus valores familiares, sociales y sexuales debido a que es una pandemia que está más allá del ámbito médico. Podemos concluir que la familia es un reflejo fiel de la sociedad en un espacio y tiempo determinados, por lo que se hace necesario que los valores y normas, en cuanto al VIH/ SIDA y la sexualidad, sean modificadas y ventiladas en espacios públicos, para lograr efectos en la institución familiar.

1.2.2 Impacto Psicológico.

Las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección por el VIH o el SIDA están determinados por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su vida como son: edad, sexo, personalidad, religión, habilidades, antecedentes culturales, salud mental, estilo de vida e inteligencia; por aspectos sociales como la familia, las relaciones interpersonales y habilidades de comunicación o por aspectos relacionados directamente con la enfermedad, como el tipo de medicamentos que recibe, la presencia de las complicaciones clínicas, el tipo de seguridad social y la cantidad de asistencia, deterioro físico y psicológico y el tiempo de sobrevida (Vélez, 1992) así como por el diagnóstico de SIDA (De Vita, 1986).

La aparición de esta enfermedad modifica la conducta del hombre y por consecuencia las actividades que éste realiza. Cualquier enfermedad tiene repercusiones físicas y psicológicas en el individuo. Más aún cuando se trata de una

enfermedad incurable, si a todo ello se agrega que la enfermedad por su medio de transmisión involucra la intimidad sexual, y que las personas afectadas están injustamente sujetas a estigmatización y marginación social, el desequilibrio emocional provocado es mayor (Gatell, Clotet, Podzamezer & Miró, 1992).

Estas situaciones son un duro golpe para la autoestima o amor por uno mismo y es frecuente que se piense que la infección es algo “merecido” por “portarse mal” o porque se vale poco como persona; otro comportamiento frecuente que se deriva de este estado es la búsqueda de síntomas de la enfermedad, el aislamiento de las personas queridas y la espera pasiva y resignada.

El impacto es tan fuerte que algunos de estar completamente sanos inician con problemas de salud como fatiga, debilidad, dolor abdominal, diarrea, sensación de ahogo o pérdida del sueño (Mexicanos Contra el Sida, 1993).

Una persona al recibir un resultado positivo puede tener diferentes reacciones, entre las más frecuentes Miller (1989) señala las siguientes: conmoción o crisis en donde los individuos suelen sentirse aturdidos, confundidos, no pueden pensar con claridad, en ocasiones se acompaña de llanto; en otros la reacción es de ira, o bien pueden guardar silencio, aparentemente tranquilos y sin externar ninguna emoción; incluso se pueden presentar casos en los que la persona parezca indiferente o animada. En todos los casos el resultado produce un dolor emocional muy grande. Una vez que ha pasado este período inicial algunas personas se sienten abrumadas emocionalmente y experimentan una sensación de pérdida de control seguida de una sucesión de emociones, pensamientos e interrogantes (Carovano y Ramos, 1991).

Después de estas reacciones inmediatas Kübler Ross nos dice que la persona pueda atravesar por una serie de etapas (en cualquier diagnóstico de enfermedad, pérdida, etc.) que bien no necesariamente se dan en el siguiente orden o puede que no se presenten todas (Rossi, 1989):

- I. Negación: el paciente trata de evitar el dolor de saberse infectado, manteniendo sus actividades y conductas previas al diagnóstico, lo que implica que continúe con actividades de alto riesgo, por esta razón puede tratar de evitar el contacto con los especialistas.
- II. Ira: comprende sentimientos de rabia, envidia, resentimiento y conductas hostiles que reflejan la inconformidad del paciente con su situación actual. La ira se puede desplazar en varias formas y direcciones como: agresión física y verbal hacia personas en particular o hacia la población en general.
- III. Pacto: la persona en un intento de posponer los hechos pacta con alguna forma sobrenatural y pide un tiempo para intentar hacer cambios en su vida.
- IV. Depresión: los sentimientos de ira son sustituidos por una sensación de pérdida. La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza y pena respecto a la pérdida de actividades que la persona solía realizar. Estas pérdidas muchas veces son provocadas por la angustia y/ o culpa que sienten respecto a la infección.
- V. Aceptación: la persona empieza a elaborar el duelo o la reacción entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá hacer cambios que le permitan incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de manera diferente los desafíos del mundo externo.

Según Kübler – Ross (1967; en Ramírez y Hernández, 1991) la familia, amigos y pareja del enfermo moribundo pasan por las fases similares y requieren de apoyo para enfrentar el duelo, ya que el desgaste físico y emocional que esta situación les produce, genera estados de estrés que repercuten en la salud y actitud de la familia hacia el enfermo.

Por otra parte, los individuos portadores del VIH/ SIDA plantean algunas problemáticas psicológicas que giran alrededor de una serie de situaciones (temor a la muerte, la relación de pareja, la familia, etc.) que afectan su vida familiar y personal:

- a. La propia situación o la propia muerte: aparecen los mecanismos de negación no muy marcados e ideas de que algo divino o sobrenatural los va a sanar. Como el tiempo de evolución puede parecer una incógnita, este se estira a voluntad perdiéndose así los límites reales. El estado del humor puede oscilar entre lo depresivo – melancólico (una muerte anticipada) y una posición hipomaniáca (vivir al máximo lo que queda de vida, aprovechar el tiempo, matar la muerte). Según las características de la personalidad y su tendencia masoquista, pueden observarse sobrecargados o autodestructivos: descuido, aumento de la promiscuidad, consumo de drogas y suicidios enmarañados por accidentes.
- b. La situación de la pareja y / o familia: la persona al saber que su pareja está infectada le produce un shock emocional negativo a su vez la familia en su relación con el enfermo puede ser de aceptación o rechazo afectando la misma si es de rechazo principalmente.
- c. La pareja puede haber muerto recientemente de SIDA: además del sufrimiento por el duelo, este hecho puede ocultar la propia enfermedad. El paciente queda llorando al muerto sin poder enterarse del propio riesgo hasta que los síntomas se manifiestan y surge el terror de sufrir los pasos ya conocidos.
- d. Si la pareja no tiene anticuerpos: aparecen ideas de culpa, de abandonar a la pareja, culpa que se potencializa según la forma en que se contrajo el virus.
- e. La relación con la familia y los hijos: qué decirles y cómo explicarlo a los padres, hermanos e hijos. Cómo acompañarán el curso de la enfermedad y su posición frente a ésta y que a menudo se considera “malditos” y son las interrogantes que llegan a obsesionar y torturar a los pacientes.
- f. La relación con el exterior: el aislamiento y la soledad se plantean como relaciones muy ambivalentes, por considerarse un portador de la muerte unido a veces al deseo inconsciente de contagiar la enfermedad y no ser el único así como la tendencia a aislarse totalmente (ya sea reprimiendo la

sexualidad, no saliendo o alejándose de los amigos) teme el que dirán, que preguntarán, etc.

Se siente como un antiguo leproso ya que el impacto que produce en el exterior genera un efecto que retroalimenta aún más la marginación y el rechazo. En este punto se destaca el papel del personal sanitario, este tiene que hacerse cargo de la enfermedad y su problemática, teniendo en cuenta el enorme monto de angustia que genera (Gatell, Clotet, Podzamezer y Miró, 1992).

Sin embargo a pesar de todos los factores antes mencionados que marcan una diferencia, casi todas las personas que reciben el diagnóstico de VIH o SIDA experimentan una sensación de vacío o pérdida; González (1996) considera que las pérdidas que sufre una persona con VIH/ SIDA son las siguientes:

- 1) **De la vida**, debido a que el tema de la muerte es difícil de enfrentar, especialmente en momentos en que nadie esperaba morir, nadie piensa en la muerte y el VIH / SIDA confronta con la muerte.
- 2) **De la salud**, las primeras infecciones debilitan y desgastan física y anímicamente haciendo difícil enfrentar la vida diaria.
- 3) **De relaciones interpersonales**, éstas pueden estar asociadas a que no se cuenta con una pareja o una interrupción repentina y /o abrupta de las relaciones actuales; la falta de relaciones impacta en la sexualidad, en la interacción personal y en el apoyo, ya que cuando se enferme o agrave su sintomatología necesitará de los demás.
- 4) **De hijos**, ya sea que por temor a transmitir el virus al momento de la concepción, o quienes cuentan con hijos, el temor a comunicarles su situación actual y la posibilidad de su muerte.
- 5) **Del futuro**, el VIH puede dificultar planear el futuro, considerarse inútil el presente o no tener ninguna motivación.

- 6) **De su persona**, mediante ciclos repetidos de medicamentos, análisis clínicos y hospitalizaciones se llega a afectar la auto imagen y autoestima.
- 7) **De la sexualidad**, la pérdida de expresión sexual puede causar dolor, frustración, recordar o matizar culpabilidad, como una medida de restricción; la cual también conlleva a perder una vía significativa de relaciones interpersonales.
- 8) **De la economía**, cambios que pueden ser drásticos en su economía ya sea por la incapacidad de trabajar durante la enfermedad o la pérdida del trabajo, o bien restricciones para desempeñar un trabajo.
- 9) **Muerte de amigos**, cuando se entera de la muerte de alguien conocido puede provocar angustia y depresión al imaginar un futuro parecido.

Todas estas pérdidas pueden ser vividas por separado o en conjunto, esto está más bien en relación con su historia personal, su estilo de vida, sus prioridades, etc.; para algunos las relaciones interpersonales, la sexualidad y los amigos son aspectos que son muy apreciados, en tanto para otros la salud, la economía y los hijos son sus prioridades, quizás las perspectivas del futuro sean indispensables para seguir su vida; y así cada persona lo experimenta en base a su historia personal y prioridades. Cada una de estas tiene una representación y un significado diferente para cada persona, ya que éste tiene que ver con los recursos psicológicos, físicos y sociales con los que cuenta la persona para confrontarse con la enfermedad (Romano, 1997; Valencia, 1993)

El recibir un resultado positivo de VIH y la forma en que éste sea informado, puede ser el punto crucial en la vida de muchas de las personas que por iniciativa propia, por indicación médica al presentar determinada sintomatología, o para aquellos a quienes no se les pidió autorización, y que les han realizado los exámenes; cada una de estas circunstancias va a jugar un papel determinante en la forma en cómo va a enfrentar la noticia, incluyendo las habilidades y estilo de vida de cada uno de ellos. Sin embargo las reacciones, sentimientos y conductas que ha partir de este

momento se generan, se ha visto que son semejantes entre ellos e incluso a las que se presentan en otro tipo de enfermedades crónicas (Valencia, 1993).

1.2.3 Impacto Social.

Es importante tomar en cuenta los efectos sociales de la enfermedad, ya que su impacto ha causado diversas respuestas que afectan las relaciones interpersonales, contribuyendo al aislamiento y estigmatización. En el caso de SIDA, por ejemplo, existe una actitud muy generalizada de juicio y rechazo, al que el paciente y la familia tienen que enfrentarse. Esta actitud es muy diferente a la reacción de la sociedad frente al cáncer o ante una enfermedad que deja al paciente inválido o con limitaciones físicas.

Los mayores retos que el VIH/ SIDA implica no se dan solo en la prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal, sino en las cuestiones sociales que incluyen la reducción del impacto que la infección causa a nivel individual, en grupos y en sociedades, en la atención a pacientes con VIH/ SIDA, en la estigmatización de los afectados y sus familias. Se ha identificado un "factor de riesgo" para la vulnerabilidad hacia el VIH/ SIDA a nivel social: aquellas personas que han sido discriminadas, marginadas y estigmatizadas dentro de una sociedad anteriormente a la llegada del virus, serán afectados, cada vez más por la carga de la epidemia en evolución; en un esfuerzo para la prevención del VIH, más tradicional, se sugiere un nuevo marco conceptual basado en los derechos humanos y la dignidad de todos, lo cual pudiera ser vital para el futuro de la prevención y tratamiento del VIH (Amigos contra el SIDA, en Fuentes, 1995).

En ocasiones, debido a la carga del significado social de ser portador del virus, la estigmatización y el rechazo, las personas portadoras prefieren guardarse el secreto de su enfermedad, aún ante su familia; porque posiblemente con esta situación se vean ventilados estilos de vida o eventos que su familia no conocía previamente, temas como abuso de sustancias u orientación sexual, así como la

infidelidad u otros eventos como la transfusión de sangre infectada, o una violación, salen a flote. Los pacientes con VIH / SIDA pueden sufrir una pobre autoestima, temor a la muerte, temor de infectar a su familia o a “otros”, también se encuentran en una continua tensión por el temor a ser rechazados, o abandonados por la familia, la esposa, la pareja y/ o la comunidad (Fuentes, 1995).

La mayoría de las personas sigue asociando al VIH / SIDA con la homosexualidad, cuando hoy en día, en nuestro país la mujer mexicana se esta infectando cada vez más y se está transmitiendo la infección a los hijos que nacen de relaciones sexuales “seguras” con sus esposos, quienes se “hacen responsables” de sus relaciones sexuales fuera del hogar; en la mayoría de los casos las mujeres infectadas son el resultado de las relaciones heterosexuales con parejas regulares, generalmente entre un hombre infectado y la mujer. Una mujer con VIH / SIDA no solo vive la angustia de que probablemente va a morir, sino que tiene que padecer el daño a su capacidad reproductiva y a su condición materna, ya que tiene la posibilidad de transmitir el virus a su bebe si no se detectó a tiempo que ella era portadora del virus; la infección también está produciendo un trastorno social, ya que las mujeres son las principales encargadas de suministrar cuidados a otras personas con VIH/ SIDA, en las regiones con alta prevalecía, esta responsabilidad, más el hecho de que muchas mujeres pueden estar enfermas, provoca una severa tensión en las estructuras sociales establecidas (González, 1996; Richardson, 1990).

Sin embargo el VIH/ SIDA no solo afecta al paciente también repercute en las instituciones ya sea religiosas, políticas, en lo económico y social, así como sobre los sistemas de seguros médicos y de vida.

Los servicios de salud muchas veces son insuficientes para atender las demandas de la población, dados los escasos fondos disponibles, por lo que se limita la posibilidad de importación de medicamentos y otros suministros para combatir la enfermedad. Además es necesario señalar que el impacto económico del VIH/ SIDA también se ve reflejado porque la mayoría de las personas afectadas se encuentran

en los grupos de edad más productivos. Aunado a estos factores, las cuestiones culturales tienen un peso importante en la vida de las personas que viven con VIH/ SIDA por lo que es necesario incidir sobre ellas para tomar medidas más eficaces en el combate de esta enfermedad, ya que es probablemente el más preocupante problema de salud pública en la actualidad. Además de tener un impacto psicosocial profundo, se asocia a problemas de aislamiento, actitudes y respuestas del sistema social. Lo que ha traído como consecuencia, la búsqueda de apoyo social, incluyendo grupos de auto apoyo y otras intervenciones (Zich, 1987).

1. 3. Formas de intervención clínicas en VIH/ SIDA

El culto a la salud y a la vida sana, nos ha llevado a una ideología de la salud que empuja a la gente a observar constantemente las señales o síntomas físicos, a una atención más intensa sobre uno mismo y una mayor hipersensibilidad, obsesionándonos por la salud, lo cual nos lleva más bien a estropearla que ha disfrutarla.

En la investigación y en la práctica de la medicina, en los casos en los que no sé conocen las causas de una enfermedad, siempre se considera que es cuestión de tiempo y tecnología; Dubos (Heiko, 1996) dice que es una búsqueda desesperada porque las enfermedades son la consecuencia indirecta de una combinación de circunstancias y condiciones, y hay tantos factores que intervienen que parece un enorme rompecabezas, el tiempo, dinero y éxito medido en estos términos es más bien escaso.

En el enfoque histórico – social, se considera a la salud- enfermedad como un proceso bio-psico-social, en el que se conjugan factores de índole biológico, psicológico y social; para la definición del proceso salud – enfermedad hay que considerar las condiciones de trabajo, vida, ideología y culturales de cada grupo social, por lo que no es posible elaborar una sola definición para las diferentes sociedades, porque además de estas condiciones interviene el factor biológico, por lo

que este proceso no puede ser abordado desde uno solo de estos aspectos, sino que tiene que ser estudiado de forma integral, por lo que no es una labor exclusiva de los médicos, se requiere la coordinación entre el médico y los psicólogos, economistas, comunicólogos, etc. Por lo que se debe estudiar la problemática del proceso salud – enfermedad en sus relaciones con la totalidad del sistema social, de forma unidimensional, se tiene que hacer por medio del trabajo multidisciplinario o interdisciplinario (Campos, 1985).

Los encargados de la atención para la salud, hacen público que la enfermedad es un problema biológico individual, al que hay que combatir con ciencia y tecnología, limitando y quitando al proceso salud – enfermedad su carácter socio – histórico, eliminando todas las redes de relaciones sociales productivas e ideológicas que afectan a la salud, ubicándola en un modelo biologicista causa – efecto. Y creando un modelo de atención de la enfermedad. Calderón (1989) describe dos modelos dentro del campo de la salud:

- 1) El modelo clínico, que es el que rige principalmente al sector salud y en el cual se basa toda la atención médica, clínica y hospitalaria; a donde todo se mueva a través de un modelo curativo referido más a la enfermedad que a la salud.
- 2) El modelo preventivo, se refiere principalmente a tomar medidas de acción antes que se presente la enfermedad buscando y atacando sus orígenes, trabajando a un nivel poblacional.

1.3.1 Formas de intervención psicológica en VIH/ SIDA.

Existen algunas intervenciones terapéuticas de ayuda y apoyo a pacientes y familiares de enfermos en fase terminal de SIDA y son las siguientes algunas de las principales:

- Psicoanalítica. Consiste principalmente en estudiar el consciente (estado de vigilia) e inconsciente (estado cuando se duerme) del ser humano para conocer sus traumas, inhibiciones y demás deseo reprimidos y sobre esta base iniciar el tratamiento para lograr su salud mental.
- Médicas. Se refieren al estado de salud – enfermedad en el hombre y consiste en lograr un equilibrio de salud ideal mediante la administración de medicamentos.
- Religiosas. Intentan lograr la paz interior, salud física y mental del hombre, creando la ilusión de que además hay vida después de la muerte y que un ser supremo cura, sana y salva a todos los seres humanos. (García & Guijarro, 2000).

El paciente y el médico que enfrentan al VIH / SIDA tienen que confrontarse con tres aspectos que van a determinar el curso de su trabajo y su interacción; estos aspectos son: la sexualidad, la infección y la muerte, y cada uno de estos tópicos hace referencia a situaciones socioculturales, psicológicas y médicas que involucran al individuo, a la familia y a la comunidad (Sepúlveda, 1989).

Sin embargo, el modelo médico de atención que se tiene en México, no es capaz de proporcionar atención y tratamiento a toda la población que lo requiere, obviamente aquí hay factores de índole político, económico y social. Desafortunadamente la infección por VIH/ SIDA, no cuenta con los recursos económicos suficientes, dejando a una gran parte de la población que necesita tratamiento sin la atención mínima necesaria (Campos, 1985).

Las instituciones de salud, exigidas en muchos casos de esfuerzos económicos, ven en algunas ocasiones con displicencia, y otras con angustia, la dificultad de ofrecer los medicamentos que los pacientes necesitan para su tratamiento, ya sea por la imposibilidad financiera o por la falta de proyección científica. Por lo que es imperioso que las instituciones de salud adviertan que, a pesar de los elevados costos de una caja de medicamento, siempre será más caro no

tratar que tratar; que mayores complicaciones, hospitalizaciones, uso de fármacos secundarios preventivos y tratamiento de las complicaciones, sumados a los días de incapacidad laboral y, ante todo, la pérdida de individuos productivos, es mucho más costoso que adquirir los nuevos recursos terapéuticos. Tal vez éste sea de los pocos casos en que estar a la vanguardia es más barato (Nieto, 1997).

Una de las necesidades prioritarias en recursos humanos es la capacitación del personal en una amplia gama de campos relacionados con el VIH/ SIDA, tales como: la epidemiología, la psicología, enfermería, trabajo de laboratorio, educación de la salud y comunicación; este personal cuyas actividades se encuentran dentro del área de la salud, es el que tiene mayor compromiso de poseer un conocimiento adecuado (correcto y actualizado), y un interés permanente (profesional y personal) en los problemas de salud en general y sobre e VIH/ SIDA en particular, aun cuando no tenga relación inmediata con su especialidad o actividad concreta, por la responsabilidad social que entraña desempeñar estas funciones (Izazola, 1996).

En la actualidad se ha incrementado el número de instituciones y organizaciones gubernamentales y no, que se abocan a su combate, éste es el nuevo enfoque del Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA, 2002), quien es el encargado de dirigir la lucha internacional contra el SIDA, quien así ha dado una respuesta al reclamo mundial.

Para Barranco (1993) en Sánchez, (1995) deben ser entendidas como una organización de la sociedad civil, que surge para atender diferentes problemas de la sociedad, promover interés de grupos marginales, proteger el medio ambiente y fomentar el desarrollo auto sostenido, tienen una base profesional, una filosofía con normas y políticas de acción. Para Armendares, son entidades independientes promovidas por técnicos y profesionistas comprometidos con un asunto social que los vincula a los sectores populares, y en torno al cual se definen programas y líneas de acción. Es claro que no existe un concepto único y válido, sin embargo las características propias como la independencia y el objetivo final, que puede ser

considerado como el trabajo en pro de la sociedad, apoyando su organización y coordinando acciones específicas dentro de un área, es una constante general de toda ONG; en México, las ONG's no tienen una figura política jurídica precisa en donde ubicarse, la gran mayoría están registradas como Asociación Civil (A.C.) y algunas otras como Instituciones de Asistencia Privada (I.A.P.).

De aquí que se trabaje en Fundasida con la terapia familiar, la cual tiene aquí un amplio campo de acción, ya que este trabajo debe llevarse a cabo no solo con el paciente sino con toda la familia. Es muy importante explorar las creencias y expectativas del paciente, de sus familiares, los médicos y en general del equipo de salud que lo atiende, lo cual influirá en forma muy importante en las actitudes que se tomen hacia la recuperación o hacia la desesperanza.

Es también función del terapeuta ayudar a la familia a organizar un plan de trabajo para afrontar la enfermedad. En este plan de trabajo es importante que participe la familia junto con el paciente al cual, en lo posible, debe respetársele el *status* que tenía en la familia antes de la enfermedad y no hacerlo a un lado o infantilizarlo, pues en este caso se le priva de la oportunidad de tomar un papel activo de su recuperación o en el proceso que le toque vivir. (Casares de Castro, 1990).

Díaz (1996) elaboró para Fundasida, un modelo específico de atención psicoterapéutica para personas que viven con VIH/ SIDA basado en el Enfoque Centrado en el Persona (ECP). Esto surge de la necesidad de contar con una forma de intervención efectiva, que brindara resultados a corto plazo y que permitiera ser evaluada. Los requerimientos fueron cubiertos por el ECP, ya que posee una metodología precisa y demostró tener éxito en otros casos. El modelo se dirigió a personas que solicitaban el examen de detección; a individuos que vivían con VIH y a pacientes con SIDA en fase terminal. Esta propuesta resulto de la práctica psicoterapéutica y de la teoría, por lo que representó en su momento una opción de trabajo sistematizado y concreto.

Otro recurso de ayuda es encausar al paciente y su familia a participar en grupos de apoyo a personas que comparten una experiencia común. Es así que posteriormente Browder, Paniagua, Pizarro y Salinas (2002), estudiantes de psicología, estructuraron un taller con duración de 25 sesiones cada una de 2 horas de duración dos veces por semana el cual fue llamado "*Se arquitecto y autor de tu propia vida*" desde el enfoque humanista para el grupo de auto apoyo para personas que viven con VIH / SIDA en Fundasida (del cual solo 3 personas participaron en el mismo), cuyo objetivo era el de lograr el reconocimiento de si mismos lo que contribuiría a un crecimiento personal, así como el poder mejorar su calidad de vida y relaciones interpersonales a través de un proceso vivencial. La necesidad de este grupo de estudiantes por realizar este trabajo surge de la inquietud de saber que en algunas instituciones se deja de lado el especto psicológico, en la mayoría de las veces por el personal médico, ya que éstos al dar un trato frío, en el momento de dar un diagnóstico a la persona portadora del virus o la falta de información, se producen estados de ansiedad, estrés depresión e incertidumbre que provocara a estos pacientes dudas e inseguridad, cambios en la calidad y estilo de vida debido, principalmente, a que al dificultarse las condiciones biológicas se complicaran las capacidades para poder desempeñarse en lo profesional y/ o en lo cotidiano, haciendo que se pierda el interés por estas actividades.

Así, la desesperanza, la baja autoestima, los pensamientos suicidas, etc. tomaran forma, junto con el subsecuente deterioro físico que se da en gran medida como resultado de estados emocionales negativos que disminuyen la efectividad del sistema inmunológico, produciendo un desarrollo acelerado de la enfermedad. De esta manera es como todo lo anterior les da la pauta para que promovieran en Fundasida una "convivencia" que ayudara a las personas que viven con VIH/ SIDA a entender que no eran los únicos con estas dificultades y que podían ser capaces de poder elaborar planes de vida que los condujeran a estilos de vida más satisfactorios. Al final de su taller al evaluar los resultados que arrojó el mismo observaron que la diferencia entre su pre evaluación y la pos evaluación los puntajes no fueron extremos (pre. 168, 169 y 160; post. 170, 190 y 176) aunque para ellos si marcaba

un cambio positivo en la forma en que se percibían así mismo los pacientes, considerando que si bien el cambio fue pequeño si fue significativo en cada uno de los participantes. Sin embargo, este grupo de estudiantes no tuvo un punto de comparación para saber si sus resultados no fueron extremos debido a que algunos de los participantes ya tenían tiempo trabajando con el grupo de auto apoyo e incluso en terapia individual uno de ellos.

También dejaron de manifiesto que no solo es posible aplicar este taller con las personas que son portadoras del virus sino que también se puede trabajar con aquella que convive, puesto que el factor familiar es de suma importancia, ya que el impacto emocional no solo se da en los pacientes sino en todo el círculo de significativos. Esto lo constataron a partir de que los participantes no solo trabajaron procesos enfocados al VIH, sino relacionados con situaciones de pareja, familia y pérdida de vínculos con seres queridos o instancias.

La atención psicológica ha estado orientada a dar apoyo en primer lugar al portador del VIH . En la Guía para la Atención Psicológica de personas que viven con el VIH / SIDA editado por CONASIDA (Ábrego, et al. 2000) se tratan temas relacionados con la terapia individual y grupal para las personas portadoras del virus y sus familiares, amigos y pareja como se verá a continuación.

Terapia individual.

La experiencia desarrollada mediante estrategias individuales y / o grupales en la atención psicológica a portadores del virus o con SIDA, demuestra que los padecimientos psíquicos y descompensaciones emocionales reconocen diferentes aspectos como son:

- Impacto ante la notificación
- Vida sexual
- Expectativa de vida

- Tratamientos
- Notificación a la familia
- Relación de pareja
- Medidas de salud general
- Muerte

Desde el momento en que se diagnóstica a la persona como portador del virus surgen cambios en su comportamiento. Aunque el apoyo familiar es importante, aceptar esta situación en la familia, también produce desajustes, sentimientos ambiguos y ausencia de algunos miembros. Hay familias que callan y no hacen comentarios entre si.

En estos casos, generalmente el dolor del paciente es vivido intensamente por la familia y creen que el silencio ayuda al enfermo; sin embargo, hablar permitirá compartir y canalizar emociones que están guardadas y que son fuente de inseguridad y desajustes entre los miembros de la familia.

La familia también requiere apoyo psicológico sobre todo en las siguientes situaciones:

- Cuando la angustia no es controlable.
- Cuando la situación que viven impide el desarrollo de las actividades cotidianas de los miembros.
- Cuando no se logra proporcionar la atmósfera de confianza que el paciente necesita.
- Cuando no se ha aceptado la enfermedad.
- Cuando los miembros de la familia consideran que la situación es injusta.
- Cuando necesitan hablar con alguien y no lo hacen.

Terapia grupal.

En el acompañamiento psicológico de la misma guía se contemplan modelos grupales de intervención, que han sido probados en los centros de intervención del CONASIDA.

La fundamentación de la intervención grupal obedece a factores de diversa índole:

El primero se refiere al objetivo de optimizar el servicio a fin de llegar a un mayor número de personas en menos tiempo.

El segundo se motiva en los aspectos psicosociales y de conocimiento psicológico; un individuo está en mejores condiciones de superar el temor, el menosprecio al compartir con otros como él dificultades similares y comprender que no está solo. En un grupo se desarrollan sentimientos de solidaridad e identificación entre sus miembros.

Los grupos pueden ser cohesivos y trabajar para un fin o bien común o pueden prevalecer las tendencias hostiles que obstaculicen o detengan el crecimiento de sus miembros. Por lo tanto, es fundamental el manejo adecuado de estas fuerzas y el esclarecimiento de las dificultades y logros por un profesional capacitado para tal fin.

1.3.2 Formas de intervención con familias.

a) Modelo Fundasida

En la mayoría de los casos, los servicios ofrecidos por instituciones gubernamentales y asociaciones civiles resultan insuficientes ante la demanda y se dirigen sólo a las personas que viven con VIH/ SIDA sin tomar en cuenta a quienes les rodean. Aunado a esto, los servicios que proporcionan las instituciones de

gobierno sólo se enfocan a la atención médica, descuidándose en muchas ocasiones la atención psicosocial. Por consiguiente, las asociaciones de la sociedad civil mexicanas han retomado esta última vertiente. Entre ellas, Fundasida ha implementado programas de atención y prevención destinados a mitigar el impacto de la enfermedad en la población mexicana. Entre dichos programas se encuentra el modelo de intervención multidisciplinario dirigido a las personas que viven con VIH/ SIDA y sus familias.

Este modelo comprende la atención médica y de enfermería, asesoría nutricional, consejería tanatológica y la terapia familiar (Díaz, 2003). El trabajo con el equipo reflexivo ha sido bien aceptado por las personas con VIH/ SIDA y sus familias, ha contribuido con el enriquecimiento del proceso al incluir una multiplicidad de voces y perspectivas sobre la situación que traen los clientes a la sesión, lo cual es particularmente importante en el contexto del VIH/ SIDA, donde a menudo las descripciones sobre lo que pasa son restringidas, las historias que traen a las sesiones se encuentran saturadas de problemas y encuentran pocas opciones. En esta situación el uso del equipo ha demostrado ser útil para las familias (Díaz, González, Morales & Reyes, 2003).

b) Terapia Familiar Medica

Para el trabajo terapéutico de las familias que viven con VIH/ SIDA se han descrito destacadas propuestas de intervención¹ (Macklin, 1989; Velasco y Sinibaldi, 2000; Walker, 1991). Sin embargo, estos modelos no enfatizan las redes colaborativas con otros profesionales para el cuidado de los pacientes, lo cual es una tendencia en las formas de tratamiento actuales (Yarhouse, 2003). Una notable excepción es el trabajo de Landau-Stanton y Clements (1993), que propone la colaboración como eje fundamental para el cuidado y servicios ofrecidos a las familias afectadas.

¹ Para una descripción de estos modelos de intervención vease Díaz, I. (2002) Transformación de una familia afectada por el VIH/ sida desde la perspectiva de una de sus integrantes. Tesis de Maestría no publicada. UDLA. México.

Por otro lado, un tema de debate en la actualidad es la calidad de los servicios y el tipo de apoyo que se ofrece a las personas que viven con VIH/ SIDA y sus familias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que este apoyo no sólo tiene que involucrar cuidados físicos, sino que debería comprender cuidados psicológicos y socioculturales (Rosas, 2003). En consecuencia, se propone a la terapia familiar médica como una forma de intervención que responde a estas necesidades de cuidado y apoyo de las personas afectadas por el VIH/ SIDA.

La terapia familiar médica constituye una forma de tratamiento biopsicosocial de individuos y familias que enfrentan enfermedades crónicas o alguna forma de discapacidad, que se encuentra basada en el modelo biopsicosocial de Engel y en la teoría de los sistemas familiares (Mc Daniel, Hepworth & Doherty, 1992). Un elemento central es el paradigma colaborativo que incluye el trabajo de profesionales relacionados con la jerarquía biopsicosocial, lo cual representa innumerables ventajas en términos de costo-efectividad, calidad de los cuidados y aplicabilidad a los más variados contextos (Blount, 2000). Además es una manera efectiva de afrontar los dilemas clínicos y éticos que se plantean a los terapeutas que trabajan con familias afectadas por el VIH/ SIDA (Yarhouse, 2003).

Los profesionales de la salud mental como los psicólogos y terapeutas familiares, están orientados hacia la parte psicosocial, ignorando los aspectos biológicos, lo cual es peligroso cuando se trabaja con individuos y familias con enfermedades crónicas. Estos profesionales han sido tradicionalmente marginados cuando se trata de atender a individuos con afecciones físicas. En el caso de la infección por VIH, esto no ha sido la excepción, ya que la atención ha estado demasiado centrada en los síntomas físicos, las terapias antirretrovirales y los cuidados médicos, sin considerar los aspectos psicosociales. Esta falta de integración se ha traducido en modelos de cuidados en salud fragmentados, poco eficaces y con escasa participación comunitaria.

Mientras, en la cultura médica han predominado los aspectos biológicos sobre los psicosociales, como lo muestra la creación de sistemas de salud centrados en patologías orgánicas, descuidando la oferta de servicios psicosociales en la mayoría de los países latinoamericanos. Aunado a esto, se ha producido un incremento en el uso de la tecnología para el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de los pacientes. Esto constituye un notable avance que conlleva ventajas indiscutibles, que se traducen en la prolongación de la esperanza de vida y el incremento en la calidad de la misma. Sin embargo, un hecho innegable es que la progresiva tecnologización de la medicina también ha traído como consecuencias el predominio de intereses económicos, un deterioro en la relación médico-paciente, la despersonalización y el aislamiento del individuo enfermo en el sistema de salud y la marginalización de los familiares, que experimentan una sensación de pérdida de control en el sistema de cuidados relacionados con el tratamiento del VIH/ SIDA (Díaz, 2005). Para los médicos esto ha representado la pérdida de destrezas clínicas, al depender del uso constante de la tecnología, lo que hace necesario negociar nuevas formas de cuidado en el contexto del VIH para balancear el uso de la tecnología médica y la experiencia clínica (Persson, 2003).

Lo anterior deja ver la importancia de implementar nuevas herramientas en la terapia con familias afectadas por el VIH/ SIDA y otras problemáticas, ya que permitirá que el impacto sea menos difícil de “digerir” por la familia y facilitará el proceso en la terapia en menos tiempo y con resultados favorables tanto para la familia como para el terapeuta y el Equipo de Reflexión como se vera en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2. EL EQUIPO DE REFLEXION (ER)

*La mente del hombre extendida a una nueva idea
nunca vuelve a sus dimensiones originales.
Oliver Wendell Holmes.*

2.1. Antecedentes del Equipo de Reflexión (ER)

La epistemología de la psicoterapia desde una perspectiva de posmodernidad se valora como una multiplicidad de descripciones, explicaciones y entendimientos de un mismo evento. Experimenta las narrativas socialmente construidas acerca de la naturaleza humana y la conducta individual desde una perspectiva relacional. Promueve una relación no jerárquica, en la que el terapeuta y el cliente colaboran en un cuestionamiento mutuo acerca de la situación (problema) y el desarrollo compartido de posibilidades (dis-soluciones) . El cliente es el experto en su vida (contenido) y el terapeuta es un experto en el diálogo (proceso). Mantiene la terapia como una empresa colaborativa que se basa en la experiencia y las contribuciones de todas las personas que participan en la conversación que define y disuelve el problema (Anderson, 1997).

El movimiento posmoderno es una respuesta a la insuficiencia del concepto de la verdad objetiva, al cuestionar cómo nos acercamos al conocimiento, qué entendemos por realidad, cuál es el papel del lenguaje en la construcción de verdades y realidades. Una crisis que debe su origen, su necesidad y su fuerza a la reflexividad (Gergen, 1992).

Las ideas del posmodernismo se han filtrado lentamente en la Psicología y han generado diversos movimientos y técnicas terapéuticas en diferentes partes del mundo como lo es el ER.

En 1989 Tom Andersen, psiquiatra noruego, publicó *The Reflecting Team: dialogue and metadialogue in clinical work*. En este escrito Andersen introdujo al mundo de la terapia familiar una diferente concepción, el ER, haciendo de la terapia una participación tanto del terapeuta como de los clientes y de quienes conformarían el ER (por lo regular lo conforma psicoterapeutas capacitados en el tema de ER).

Con la aportación del ER se han abierto nuevas posibilidades para la psicoterapia. En México tanto en el área clínica como la educativa (esta última en cuestiones de formación, entrenamiento y supervisión de terapeutas) se comienza a emplear esta modalidad de intervención con ER (Andersen, 1987).

La utilización de los equipos no es nueva en terapia familiar. La escuela de Milán se constituyó en 1971, el equipo estaba compuesto por dos hombres y dos mujeres, doctores y psicoterapeutas. La terapia comenzaba con la llamada telefónica que recibían de la familia y se tomaba en cuenta los aspectos sociales, económicos e intelectuales de la misma. El equipo requería de toda la familia en la primera sesión, en las subsecuentes se decidía quién o quienes participaban en la terapia. Un aspecto importante era incluir en el sistema terapéutico a la persona o institución que derivaba a la familia.

Antes de la primera sesión el equipo discutía si decidía tomar a la familia. La sesión duraba una hora y el equipo detrás del espejo tomaba nota cuidadosa de las comunicaciones verbales y no verbales; posteriormente se realizaba la discusión del equipo y los terapeutas se reunían con la familia para hacerle las recomendaciones del equipo (Selvivni, 1994, en Licea 1997).

En los años 70's los entrenamientos humanistas implicaban un gran porcentaje de trabajo en grupo. En éstos, tanto los alumnos como los maestros tenían la libertad de opinar sobre lo que pensaban de los compañeros y de esa forma de ayudar (Fernández, 2002; en Licea, Paquentin & Selicoff 2002). En los 80's se comenzaron los primeros encuentros detrás del espejo. A Paul Watzlawick, John Weakland, Dick Fisch y Vin Moley se les ocurrían ideas geniales para dar como estrategias para los clientes, pero ya en el contexto detrás del espejo, cuando a alguien tenía una idea diferente de lo planeado por el grupo estratégico se invitaba a ese miembro del ER a pasar al otro lado de la cámara de Gesell para dar su idea o tarea directamente al cliente.

La propuesta sobre el proceso terapéutico con equipo de reflexión consistió en que un grupo de terapeutas estuvieran presentes durante la sesión (en el mismo espacio o detrás de un espejo) escuchando la conversación entre el cliente y el entrevistador para después dar sus reflexiones o hacer comentarios entre ellos sobre lo que habían escuchado. Posteriormente, el entrevistador le preguntaría al cliente si quería comentar con él algo que le hubiera llamado la atención, que le hubiera gustado, o algo que le hubiera molestado terminándose así la sesión (Andersen, 1987).

La idea de abrir la conversación del equipo de expertos a la familia estancada, se llevó a cabo en 1985 durante una sesión en vivo de ambiente pesimista, en dónde el equipo que seguía la conversación detrás del espejo llamaba al terapeuta para proporcionarle nuevas preguntas optimistas. El terapeuta las decía a la familia solo para regresar al ambiente pesimista de nuevo (Andersen, 1995). Así, trataron la misma táctica tres veces con las mismas consecuencias pesimistas, hasta que el equipo ofreció a la familia hablar detrás del espejo haciendo un cambio de luces para que el sistema de entrevista los observara y escuchara (Andersen, 1987; 1994). Al principio los miembros del equipo de reflexión se tropezaban con sus propias palabras; se preguntaban si sus ideas serían posibilidades para la familia, que por varias razones, no hubieran considerado (Andersen, 1995). Sus especulaciones se volvieron más y más animadas a medida que vislumbraban un futuro optimista. Cuando cambiaron las luces de nuevo, la familia estaba totalmente cambiada, ellos hablaban con más anhelo de lo que podrían hacer en el futuro, y hasta se reían. No pasó mucho tiempo antes de que dejaran de hacer el cambio de luces y en vez de eso ahora se cambiaban de cuartos. El terapeuta y la familia conversaban en un cuarto con el equipo escuchándolos detrás del espejo. Después se daba el cambio cuando el equipo se iba hacia el “cuarto de conversación” y el terapeuta y la familia caminaban hacia el “cuarto de escucha” (Andersen, 1995). Cuando el equipo terminaba sus reflexiones, se cambiaban los cuartos otra vez y la familia comentaba sobre lo que había escuchado desde el “cuarto de conversación”.

La proposición del Equipo Reflexivo fue elogiada por fomentar que las conversaciones terapéuticas fueran entre clientes y terapeutas, ya que al invitar a los clientes al diálogo también se les estaba incluyendo en el proceso terapéutico de tomar decisiones (Smith, Winton, & Yoshioka, 1992).

La utilización del modelo de Equipo Reflexivo (Andersen, 1987) daba la libertad de explorar una variedad de temas, preguntas y sentimientos sin necesidad de que el terapeuta se sintiera forzado a ponerse del lado de alguno de los clientes (Miller & Lax, 1988).

Las discusión entre los miembros del equipo acerca de los dilemas de los clientes resultaba en el desarrollo de nuevas ideas y nuevas voces que podían incrementar el número de alternativas para resolverlos, además, una sensación de equidad se promovía entre los clientes y los terapeutas (Smith, et. al. 1995). Andersen (1987) sostuvo que al presentarles a los clientes una diversidad y multiplicidad de perspectivas sobre su situación, los clientes podían moverse de una perspectiva dual a una perspectiva que sostenía múltiples enfoques. De acuerdo con Miller y Lax (1988), cuando a los clientes se les da la oportunidad de escuchar a los miembros del equipo comentar sobre diferentes aspectos de su situación tienden a abrirse más ante las alternativas, dado que los miembros del equipo utilizan las connotaciones positivas se evita que los clientes tengan que adoptar una postura defensiva. Así, los equipos de reflexión parecen ser muy útiles cuando los clientes atraviesan por dificultades insuperables o por altos niveles de conflicto, pues permite que se escuchen una variedad de voces.

Por otro lado, White considera que el equipo de reflexión es otra forma de comunidad que ofrece ideas, opiniones y que reconoce a otra comunidad (es decir, a las experiencias de la vida del cliente) (Lax, 1996). Así, con esta perspectiva posmoderna, el ofrecimiento de reflexiones a los clientes se puede entender de diferentes maneras, Andersen (1994) lo describe como una extensión de las posiciones de habla y escucha, en donde los clientes pueden estar en cualquier posición y gozar con sus respectivos beneficios.

2.2. Postulados teóricos del ER

Las principales contribuciones al trabajo de Andersen (1987, 1994) y sus colegas en el norte de Noruega, fueron los escritos de Bateson y Maturana (1979; en Andersen, 1987) y las observaciones que hicieron al trabajo con familias de algunos terapeutas familiares. Andersen (1987) señala que estos terapeutas eran miembros del Grupo de Milán en Italia, del Instituto Ackerman en Nueva York, y del Instituto de la Familia Houston Galveston; y que lo que más los impresionaba era el cuidado y el respeto genuino que esos grupos mostraban hacia la integridad de aquellas personas con las que conversaban.

Bateson y Maturana (1979; en Andersen, 1987) concordaban en que el observador era quien generaba las distinciones a las que llamamos realidad. Por un lado, Maturana hablaba del multiverso, es decir, de todos los posibles significados que constituyen todos los posibles mundos. Lo que llevaba a pensar en términos de *y / además* o *ni esto ni aquello*, y a dejar de lado el término *esto o aquello* (Andersen, 1987). Por otra parte, Bateson (1972, 1979) resaltaba la importancia de compartir diferentes versiones del mismo mundo. En el contexto terapéutico esta propuesta significaba que las nuevas versiones presentadas a la conversación entre los participantes del proceso psicoterapéutico los movían del lugar donde se encontraban (Andersen, 1994).

Definir algo como distinto del entorno era lo que Bateson (1979) llamaba "establecer una diferencia". De acuerdo con él, cuando el entorno cambia permanentemente, como ocurre en los intercambios entre dos o más personas, hay siempre más para ver que lo que uno ve, por lo que, las diferencias disponibles son tantas que una sola persona no tiene la posibilidad de prestarles atención a todas. Andersen (1987) determinó que era importante distinguir entre tres tipos de diferencias: la primera es la diferencia que es demasiado pequeña para que el receptor la note; la segunda es una diferencia apreciable, es decir, es lo suficientemente grande para ser notada; y la tercera es una diferencia tan grande que puede desorganizar al sistema.

Las personas que seguían la idea de Bateson se interesaban por conocer lo que otra persona había visto, oído, olido, gustado o tocado en una determinada situación (Andersen, 1994). Esos nuevos aspectos estimulaban distinciones y esas diferencias contribuían a que la persona las agregara a su propia visión, entendiendo así la famosa frase de Bateson (1972): "La unidad elemental de información es una diferencia que hace una diferencia".

Andersen (1994) observó que al aplicarlo a las conversaciones de los terapeutas surgían algunas consideraciones, como el hecho de que solo la diferencia que era apropiadamente diferente causaba una diferencia. Andersen cambió el término diferente por inusual, basándose en la explicación de que si la gente se veía expuesta a lo usual, lo inusual podría inducir un cambio. Así, los que no sabían qué hacer necesitaban algo diferente (inusual), pero ese algo no debía ser demasiado diferente (inusual) para que pudiera ser asimilado (Andersen, 1987). A la vez, esto se aplicaba a lo que el terapeuta hablaba con las familias, a cómo hablaba con ellas y a cuál era el contexto de la conversación (Andersen, 1996).

Bateson (1972), además se mostraba muy interesado con el significado de las múltiples perspectivas: Una persona podía entender el mismo tema de manera diferente con varias perspectivas, y cuando estas formas diferentes de comprensión se ponían juntas (como en el proceso de reflexión), podían crear nuevas ideas sobre el tema en cuestión (Andersen, 1995).

Andersen (1995) señaló que para continuar la conversación con una persona se debía respetar su necesidad básica de conservar su integridad, para lo cual había que aprender a ser sensible a sus signos (comentarios, cambios de actitud, lenguaje no verbal, etc.). Es decir, a las indicaciones sutiles de que la participación en la conversación había sido demasiado inusual.

Andersen (1987) interesado en aprender más sobre el pensamiento sistémico, comenzó a trabajar en equipo, después de utilizar el enfoque milanés tradicional y de sentir que no estaban teniendo mucho éxito, se dieron cuenta de que el entrevistador casi nunca transmitía las ideas de su consulta con el equipo, ni siquiera en las preguntas que hacía en sus intervenciones. Además, notaban que era muy difícil que todo el equipo estuviera de acuerdo con una intervención, más bien, la tendencia era que cada miembro del equipo luchara por la sugerencia que había hecho en su propia intervención (Andersen 1984).

En gran medida, cualquier descripción o comprensión dependía del observador, por lo que cada persona que describía la misma situación tenía su propia versión, diferente de alguna manera de las demás (Andersen, 1994). Ninguna descripción era mejor que otra, todas eran igualmente válidas (Andersen, 1996). La consecuencia para el trabajo clínico era que se debían buscar (preguntando al cliente) y aceptar todas las descripciones y explicaciones de una situación, es decir, cuál era el "problema", cuáles eran las soluciones antes aplicadas si funcionaban o no, el contexto en el que se presentaban, quienes participaban, etc. (Andersen, 1995). Sobre la base de esto, en 1984, se dio un cambio en la manera en que Andersen y sus colegas intervenían con las familias, pues comenzaron a decir: "Adicionalmente a lo que ustedes ven, nosotros vemos esto", y "Además de lo que ustedes han tratado de hacer podrían probar esta sugerencia" (Andersen, 1995).

Andersen (1995) explica que esto fue para enfatizar el valor de lo que habían considerado ambos: familia y equipo de terapeutas. Pues, anteriormente había una clara tendencia a tratar de encontrar la intervención correcta, y si la familia estaba en desacuerdo se ocasionaba una fuerte disputa: o estaban bien ellos o estaba bien el equipo. Esto cambio de una postura de *esto o aquello* a una nueva postura de *esto y aquello* que hacía todo más democrático.

Relacionado a lo anterior Andersen menciona dos tipos de cambio:

1. Limitar lo que antes existía, por ejemplo, uno puede asustar a alguien para que deja de hablar. Este cambio se relaciona con algo procedente del exterior que manda y controla.
2. Ampliar o renovar lo que antes existía. Uno solo puede cambiar(se) a sí mismo. El otro puede aprender solo por voluntad propia. El cambio proviene desde adentro y es una ampliación de lo que ya estaba; se relaciona sobre todo con las impresiones recibidas y, a las cuales uno responde.

Dentro de la tradición hermenéutica un supuesto básico o una creencia básica se refiere a la precomprensión. Esto implica que *no* somos neutrales cuando llegamos a alguna conclusión sobre algo. Inevitablemente llevamos ideas previas ante lo que actualmente enfrentamos. Si el reto es comprender a otro, nos influyen nuestras premisas básicas sobre la naturaleza del ser humano. Durante los últimos trescientos o cuatrocientos años, se ha creído que lo que uno dice y hace emana de un núcleo interno (*inner core*). De acuerdo con esta premisa básica se entiende que las expresiones del otro revelan la esencia de este núcleo interno. Si además se cree que este núcleo interno constituye gran parte de la esencia de la persona, se puede interpretar su carácter a través de lo que dice y hace; después de todo, esto se fundamenta en la premisa de la existencia de un núcleo interno.

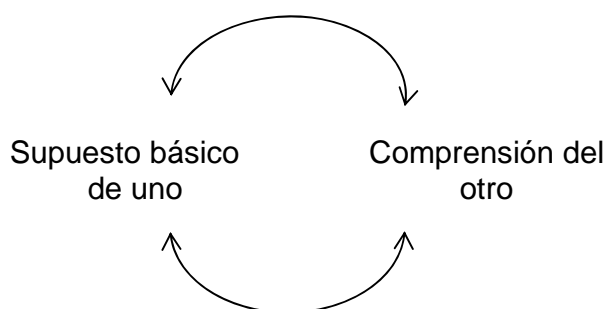


Figura 1. Círculo hermenéutico. Tomada de Andersen T. (2004) Una colaboración: algo llamado supervisión. En Licea, G., Paquentin, F. & Selicoff, H, (comps). Voces y más voces II. Reflexiones sobre la supervisión. México. P. 16.

La figura 1 señala el vínculo entre el supuesto básico y la manera de entender un fenómeno particular tal como es la otra persona. *Supuesto básico* se aproxima a una creencia religiosa. Sea cual sea la creencia básica, al conocer a otra persona se puede experimentar algo que jamás e había experimentado. Esta nueva experiencia retroalimentará y podría matizar o incluso cambiar el supuesto básico. La manera como el supuesto básico influye sobre una comprensión particular y como ésta a su vez retroalimenta al supuesto básico, es lo que se conoce como el círculo hermenéutico (Andersen, 2004; en Licea, Paquentin & Selicoff 2004).

La noción que hay múltiples maneras de describir un evento viene a la práctica de reflexionar desde diferentes perspectivas. El incluir tiempo y espacio para la reflexión en la terapia promueve la experiencia de la experiencia. Es a través de la experiencia de reflexionar sobre nuestra experiencia que le damos significado. Mientras que la práctica de la reflexión puede ocurrir cuando no la alentamos formalmente. Tal reflexión “natural” no necesariamente se enfoca a las experiencias elegidas y a las nuevas narrativas que se van desarrollando en conversaciones terapéuticas (Freedman, 1996). Estas historias son formadas y dan forma a nuestras experiencias vividas. Las historias que los clientes nos traen están construidas a través de una gran variedad de procesos interpersonales, incluyendo sus interacciones actuales con sus terapeutas y otros. En terapia son las historias que los clientes generan con nosotros acerca de sí mismos que cambian así como las historias que tenemos sobre nosotros mismos como terapeutas. La terapia se convierte en un proceso de una intersección de historias que permite que surjan nuevas narrativas o entendimientos.

Así las historias son relacionales. Estas historias y relaciones están situadas dentro de la cultura local que lleva numerosas normas y estándares para el intercambio social. Las historias no son por tanto neutrales ya que siempre provienen de un contexto social o político. El cambio ocurre dentro de la interacción social, al ser capaces nosotros de participar con *nuestros clientes* en la co- construcción, creación desarrollo

de una narrativa alternativa que sea más consistente con sus experiencias vividas (Lax, 1995).

Esforzarse por estar en relación es central a las posiciones hermenéutica y construccionista social. Como ha escrito Shalsma (1994; en Lax, 1995) en su discusión del trauma y de las historias compartidas por el con los veteranos de Vietnam “la actitud hermenéutica implica una disponibilidad de responder a la otredad...no importando que tan vasta sea la brecha” (p. 63) entre una persona y otra. Implica una abertura a otras experiencias con la suposición que cada persona puede cambiar a través de este proceso de indagación y exploración. Este esfuerzo por relacionarse es un cambio de lo individual en relación con el otro. El desarrollo de una narrativa o historia es algo que se hace en conjunción con otros y el self no puede surgir sin el otro. Esto también es el resumen de la perspectiva socioconstruccionista (Gergen, 1985; en Lax, 1995).

El desarrollo del entendimiento es un proceso que se deriva de los conjuntos de información que tanto terapeuta como cliente traen a la conversación. La información de estas interacciones solo puede ser “nuestras propias construcciones de las construcciones de otras personas de lo que ellos y sus compatriotas están haciendo”, de este proceso surgen un nuevo entero con sus propias partes abarcadoras. El participar en este mundo compartido involucra la renuncia temporal de cualquier noción fija del “self” y adoptar una disponibilidad a entrar en el mundo de la generación mutua de entendimiento con otro. El entendimiento no puede estar en el terreno de un solo individuo, ya que el “entendimiento” involucra a dos sujetos distintos, puede convertirse tal vez en lo que Gergen refiere como el relacional sublime, donde hasta el lenguaje hablado no es necesario para que continúe la conexión y el self y el otro están amalgamados (Lax, 1995).

Andersen y su co- terapeuta Skörpen pensaban que la sesión terapéutica era en sí misma un proceso cuyo objetivo era hacer que un proceso estancado se pusiera nuevamente en movimiento y que por lo tanto era una buena idea permitir que ese sistema "estancado" pudiera ver más acerca el proceso terapéutico (Andersen, 1987).

A la nueva forma de trabajar se le llamó grupo reflexivo, para esto, Andersen y sus colegas, pensaron en el significado de la palabra en francés *réflexion* que tiene el mismo significado que la noruega "refleksjon", es decir: algo que es oído, aprendido y pensado antes de dar una respuesta (Andersen, 1994).

2.3 Lineamientos y proceso del ER

Dentro de los lineamientos por lo general se hacen algunos cambios (Andersen, 1994). Ambos sistemas de entrevista pueden ofrecer o pedir ideas en cualquier momento (Andersen, 1995), la regla es que el sistema siempre tiene la última palabra en una sesión. El futuro de las relaciones del sistema, es decir, del sistema de entrevista más el equipo, se discute en el final de la reunión (Andersen, 1994).

Los lineamientos que se tienen se refieren a las cosas que no se deben hacer (Lax, 1995):

- No se hacen reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto de la conversación del sistema de entrevista.
- No se deben dar connotaciones negativas.

Los tres lineamientos que maneja Andersen (1995) para el trabajo del equipo de reflexión son:

- 1) Comentar sobre algo que vio o escuchó durante la entrevista, pero no elucubrar sobre lo que no se habló.
- 2) Tener la libertad de hacer comentarios sobre todo lo que escuchó más no sobre todo lo que vio.
- 3) Hablar entre los miembros del equipo sin incluir ni establecer contacto visual con los clientes.

Andersen (1994) menciona que el establecimiento de relaciones comprende el sentir, el conocer y el actuar, esto implica un continuo proceso interno que sirve para conservar la integridad de la persona y como base para la expansión de los actos de sentir, conocer y actuar. Así, la condición necesaria para esta expansión es la conexión de este proceso "interno" con un proceso "externo" continuo de intercambios que ocurre cuando uno se relaciona con otros. También afirma, que los dos procesos, interno y externo ocurren de manera paralela cuando dos personas se encuentran. En este sentido, dice que es importante que el terapeuta organice su trabajo de tal forma que aquellos que van a hablar con él tengan permanentemente la oportunidad de decir no a la forma, o al contenido, o al contexto de la conversación. De esta manera, se permite que la discusión sobre la conversación que está teniendo lugar sea parte del diálogo. Además, el uso de palabras como "gustar" y "cómodo" en las preguntas ayuda en este proceso. Y menciona que las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes. Pues tales intercambios podrían hacer ver bajo una nueva luz viejas descripciones y explicaciones e incluso podrían llevar a que emergieran otras nuevas.

Así, esta sería la más amplia base posible para que una persona pudiera elegir cómo manejar situaciones estancadas de manera diferente o cómo responder ante acontecimientos nuevos.

Por otro lado, explica Andersen (1995), las conversaciones necesitan pausas, las suficientes para que tenga lugar el proceso de pensar acerca de la conversación. Según él, una conversación debería ser un esfuerzo por incluir lo que las personas que participan en ella dicen, piensan y escuchan en términos de la velocidad y el ritmo de estas fases.

Es útil ver la conversación como una serie de intercambios de ideas (Andersen, 1996), ya que lo que dicen incluye la invitación a tocar temas sobre los que se pueden hablar. Cuando hablan, Andersen (1994) atiende las palabras que usan, así como el tono y los movimientos corporales que siguen a las palabras, y se pregunta, de todo lo

que oye, qué es más importante para seguir hablando. A esas partes importantes él les llama "aperturas", las cuales, le servirán para encontrar otras opciones.

La tarea del terapeuta, comenta Andersen (1994), es entablar un diálogo para comprender de qué manera las personas crearon sus descripciones y sus explicaciones y a partir de allí invitarlos a una diálogo para discutir si hay otras distinciones que hacer además de las que ya se han establecido. Por lo que las herramientas más útiles para establecer nuevas distinciones son las preguntas que todavía no se han formulado, de tal manera que las preguntas apropiadamente inusuales son la mejor contribución al sistema estancado.

Andersen (1987) dice que otra parte del proceso del ER es que los miembros del mismo hablen de dos a quince minutos (en total entre todos los miembros) y que el lenguaje que han de utilizar debe ser tentativo, por ejemplo: "No estoy seguro", "Se me ocurre", "Tal vez", "Tengo el presentimiento", "Tal vez esto no es adecuado, pero". Es decir, las reflexiones deben tener la calidad de posibilidades tentativas, no de predicciones, interpretaciones, críticas o de juicios calificativos. El equipo sólo da reflexiones resaltando que no existe ninguna versión objetiva o final. El contexto de las reflexiones va a ser lo que ha estado ocurriendo verbal y analógicamente en el sistema de entrevista.

Andersen (1987, 1994) define que el ER es la parte que escucha la conversación del sistema de entrevista y que luego conversa con el mismo escuchándolo. Este autor explica que el equipo puede estar compuesto por una persona (solamente el entrevistador) o hasta cinco (el entrevistador y dos o tres o cuatro miembros del equipo).

A continuación se presentan la metodología "clásica" que Andersen (1994) definió para el trabajo con el Equipo Reflexivo, mencionó que estos podrían presentarse en secuencia diferente dentro de la sesión pues podían darse cuando fuera más natural el proceso:

- a. El Equipo Reflexivo se encuentra en el mismo consultorio que el cliente y el terapeuta entrevistador o detrás de un espejo.
- b. El cliente y el entrevistador conversan durante 30 o 40 minutos mientras el equipo los observa y los escucha.
- c. En un momento de la sesión, los integrantes del equipo de reflexión dan sus comentarios sobre lo que vieron o escucharon utilizando un lenguaje tentativo, y sin establecer contacto visual con el cliente sin ser descorteses con ellos, mantienen la división entre las posiciones de conversar y de escuchar.
- d. Posteriormente el entrevistador pregunta al cliente si quiere comentar algo sobre lo que escuchó, que le haya llamado la atención o que le haya molestado.

Las reflexiones intentan representar ambos lados de un dilema, moviéndose de una posición de “esto o aquello” a una posición de “esto y aquello” (Griffith y Griffith, 1994 en: Lax, 1995).

Se considera al sistema de entrevista (el sistema consultante más el entrevistador) como un sistema autónomo que define por sí mismo de qué y cómo se habla (Andersen, 1994). La mayor parte del tiempo, el entrevistador hace preguntas y evita dar opiniones o consejos, además el entrevistador conduce la conversación de manera totalmente independiente de los demás miembros del equipo (Andersen, 1995). Por otra parte, el Equipo Reflexivo que escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el equipo de entrevista va a decir o cómo sus miembros deben hablar (Andersen, 1994).

Mientras menos planeado sea el proceso más grande va a ser la posibilidad de permitir que la situación determine su forma. Ya que es importante que aquellos que tomen parte en el proceso puedan decir y hacer lo que sientan natural y cómodo. También comenta que cuando él es la persona que entrevista nunca da por hecho que deba haber un equipo de reflexión, aún cuando el equipo ya esté listo para participar. Andersen siempre dice a la familia: “Hay algunas personas que han estado escuchando

nuestra conversación. ¿Les gustaría escuchar lo que ellos han estado pensando o qué sería lo mejor para ustedes? Podemos detener nuestra conversación aquí o podemos continuar sin los comentarios del equipo. ¿Qué sería lo mejor?" (Andersen, 1995).

En caso de que la familia haya solicitado escuchar las reflexiones del equipo, Andersen les dice: "Cuando el equipo hable a ustedes les puede parecer interesante escucharlos. Sin embargo, puede ser que sus pensamientos se vayan a otros lugares. Si sucede, no se preocupen pues no tienen que escuchar al equipo. O puede ser que prefieran descansar y no pensar demasiado. O puede ser que quieran hacer otra cosa. Hagan lo que los haga sentir cómodos."

Dentro de la sesión terapéutica hay dos formas de cambiar de posición, las cuales Andersen (1994) describe como una extensión de las posiciones de habla y escucha, en donde los clientes pueden estar en cualquier posición y gozar con sus respectivos beneficios: 1) el entrevistador puede pedirle al Equipo de Reflexión que le dé sus ideas, o 2) los miembros del equipo pueden hacerle saber que ya tienen ideas sobre la situación (Andersen, 1987). El entrevistador anuncia el cambio, diciendo que ahora será el equipo el que hablará y diciéndoles a los clientes algo como: "Si ustedes quieren se pueden relajar y escuchar la conversación, o pueden pensar en otra cosa. Este acuerdo les permite escuchar y ver lo que ustedes mismos han dicho desde una posición diferente" (Andersen, 1994).

Andersen introdujo al mundo de la terapia familiar una diferente concepción, el ER, haciendo de la terapia una diferente participación tanto del terapeuta como de los clientes y de quienes conformarían el ER (por lo regular lo conforma psicoterapeutas capacitados en el tema de ER).

De acuerdo con Andersen (1987), el Equipo Reflexivo debe de tener en mente que su tarea es generar ideas, a pesar de que algunas de esas ideas no resulten interesantes para la familia o sean rechazadas. Él afirma que lo importante es

comprender que la familia seleccionará aquellas ideas que le acomoden, que encuentren útiles y que puedan poner en práctica.

Según Andersen (1994), cada miembro del Equipo Reflexivo escucha en silencio la conversación, haciéndose a sí mismo preguntas sobre las características de la forma de la conversación y de sus contenidos, pues en algún momento de la sesión los miembros del equipo presentarán sus ideas al sistema de entrevistas. Andersen considera que las conversaciones reflexivas pueden ser extendidas a incluir “intervenciones” como ideas ofrecidas a un sistema/ cliente. Estas pueden tomar una variedad de formas pero su intención no es que sean dadas al cliente como la manera de ser. Más bien estas formas más directas de intervención son dadas como *ideas* de una intervención que los sistemas/ clientes tal vez quieran examinar por sí mismos (Hoffman, 1992; en Lax, 1995). Esta perspectiva mantiene una visión de colaboración con los clientes pero no se mueve hacia la postura modernista del terapeuta como un experto que “conoce lo que puede ser mejor para su cliente”. Le permite a los terapeutas el utilizar sus conocimientos y experiencia haciéndolas disponibles a los clientes. Sin embargo un comentario sobre los diferenciales del poder también pueden ser expuestos por los terapeutas reflexivos. Estas ideas de intervenciones son un agregado o expansión a aquellas ideas del cliente.

En contraste al proceso reflexivo de Andersen, White (1995; en Lax, 1995) ha desarrollado su propio estilo de reflexión, propone cuatro partes a una entrevista: la entrevista del terapeuta a los clientes, las reflexiones, las respuestas de los clientes a las reflexiones y el debriefing y “deconstrucción de la terapia en sí”. Durante la reflexión propone cuatro tipos de respuestas del terapeuta. Alienta a los terapeutas reflexivos a unirse con los clientes inicialmente, y luego orientarse hacia los eventos excepcionales de los clientes y conectar los momentos brillantes que fueron expresados en la entrevista. Describe esta respuesta como orientando hacia un “misterio” en el cual los reflectores tienen curiosidad y también “responden a aquellos sucesos que se desarrollan” que ellos creen *podrían* construir eventos preferidos (preferred developments) para las personas que buscan consulta. Después, los reflectores pueden

conversar acerca de preguntas del “paisaje de la acción” y el “paisaje de la conciencia”. Este es un proceso zig-zageante de conectar conductas y significados a través del tiempo: pasado, presente y futuro. Finalmente, hay deconstrucción, en el que los reflectores se hacen preguntas entre sí.

Andersen (1994) dice que no existen ni una forma correcta ni una forma adecuada de trabajar, lo que hay, es tanto una forma como otras que hay. Andersen (1995) comenta que una vez que comprendieron que el cambio entre conversaciones internas y externas era un elemento importante, pensaron que podían establecer diferentes procesos de reflexión en muchos contextos, por ejemplo:

- Puede haber un equipo en otro cuarto detrás del espejo o se puede usar solo un cuarto con el equipo escuchando y comentando desde una esquina.
- Un terapeuta sin un equipo puede tener a un colega presente para conversar con él durante intervalos “reflexivos”.
- Si el terapeuta está solo sin un equipo, puede hablar con un miembro de la familia mientras los otros escuchan. Luego el terapeuta habla con esos otros mientras ese miembro escucha, y después regresa con él para comentarios y para seguir con la conversación. En este caso la familia y el terapeuta se convierten en un Equipo de Reflexión.
- Si el terapeuta está solo con un cliente, pueden hablar sobre un tema desde la perspectiva de alguien que no está presente. Por ejemplo, si al cliente se le pide que hable acerca de lo que cree que su madre pensaría (conversación interna) y hablar acerca de esto o aquello (conversación externa). Así, cuando los pensamientos de la madre hayan sido presentados, se le puede preguntar al cliente: “¿Cuáles son tus pensamientos sobre los pensamientos de tu madre?”.
- Si una consultoría se lleva a cabo en un taller o un congreso en un cuarto muy grande con una audiencia escuchándola, toda la audiencia puede funcionar como un Equipo Reflexivo.

Las formas en las que se puede aplicar el equipo son prácticamente infinitas y Andersen (1995) asume que el único elemento limitante es la creatividad de cada uno. Este proceso también se puede utilizar en otros contextos además del terapéutico, por ejemplo:

- En supervisión, el supervisado puede hablar con el supervisor mientras los otros supervisados escuchan la conversación. Luego los otros supervisados y el supervisor hablan mientras que el supervisado escucha, para que después el supervisado y el supervisor conversen (London & Rodríguez, 2004; en Licea, Paquentin, & Selicoff, 2004)
- En el programa de entrenamiento de Tarragona, London y Fernández (2004; en Licea, Paquentin, & Selicoff, 2004) invitan a los participantes a formar una comunidad de aprendizaje colaborativo con el objeto de lograr lo que plantea Anderson (1999): crear y facilitar un ambiente y un proceso de aprendizaje donde los participantes puedan desarrollar sus propias habilidades y capacidades para que “cada persona genere sus propias semillas de novedad y las cultive en su vida personal y profesional, fuera del contexto organizado de aprendizaje invitar a cada participante a que tome la responsabilidad de ser el arquitecto de su propia enseñanza que cada participante tenga una voz, contribuya, pregunte, explore, tenga incertidumbre y experimente” (Licea, Paquentin, & Selicoff, 2002).
- Las juntas de personal se pueden organizar de tal manera que la primera mitad del personal hable sobre un tema mientras que la segunda mitad escucha, luego la segunda mitad habla mientras que la primera escucha, y después cada una comenta, y así sucesivamente.
- El cuerpo de directores puede juntarse para discutir ciertos temas. El grupo se puede dividir en pequeños grupos. Un grupo puede comenzar a hablar sobre un tema en particular mientras que los otros grupos escuchan. Después la discusión se pasa a otro grupo, que habla sobre el tema por un tiempo antes de pasarla a otro grupo, y así sucesivamente.
- En la investigación cualitativa, el investigador puede hablar con otro, por ejemplo, sobre sus datos y sus intentos de tratar de encontrar algo en ellos, ya sea una

categoría en específico o algo desconocido o no descubierto. Los demás que escuchen a esa plática después pueden hablar sobre lo que pensaban cuando escuchaban sobre la búsqueda del investigador y sobre lo no descubierto, antes de que el investigador diga su comentario acerca de lo que ha escuchado (Andersen, 1995).

De estos procesos de reflexión surgieron cuatro preguntas con las que Andersen (1994, 1995) trabajaba durante una conversación, de acuerdo con él, una se la hace a sí mismo en su diálogo interno, dos las hace abiertamente, y otra a veces en forma abierta y a veces solo para él mismo.

La primera sólo se la hace el terapeuta a sí mismo: “¿Lo que está pasando ahora es apropiadamente inusual o es demasiado inusual?”. Si surgieran signos de incomodidad, el terapeuta debe cambiar, ya sea hablar de otro tema o hablar de una manera diferente. La segunda y tercer preguntas van juntas y generalmente se hacen al principio de la sesión y son particularmente importantes en el primer encuentro. La segunda pregunta es sobre la historia de la idea de venir hoy a terapia. “¿De quién fue la idea?” “¿Cómo respondieron los demás ante esta idea?” “¿Estuvieron de acuerdo o algunos se mostraron reservados. La idea es saber a quienes de los que están presentes les gustaría hablar y saber quienes no quisieran hacerlo. La tercera pregunta es: “¿Cómo les gustaría que utilizáramos esta sesión?”, todos están invitados a contestar (Andersen, 1995). Esta pregunta que incluye el cómo y el qué, puede ser parafraseada de otra manera de acuerdo a la situación, por ejemplo: “¿Tienen algún plan ahora?” o “¿Tienen alguna idea de cómo?” (Andersen, 1994). La cuarta pregunta se puede hacer si el terapeuta siente que un tema nuevo que surgió creó cierta tensión, ya que no se debe dar por hecho que todos pueden hablar sobre todo de cualquier manera en cualquier momento (Andersen, 1995). Por lo tanto, esta pregunta, que a veces solo se la hace el terapeuta a sí mismo pero que puede ser hecha abiertamente, puede ser muy valiosa: “¿Quién puede (o debería) hablar de este tema con quién, de qué manera, y en qué momento?” (Andersen, 1994).

Andersen (1994) comenta que no existe una sola manera de organizar un Equipo Reflexivo, por el contrario, hay muchas formas de organizarlo, que dependen de las circunstancias prácticas, y de los deseos y preferencias de los participantes. Lo que queda claro es que el terapeuta entrevistador está siempre junto con la familia, siempre separado del resto del equipo (Andersen, 1995).

Lax (1994), menciona que al utilizar el modelo del equipo reflexivo, la terapia se enfoca tanto hacia el cliente como hacia el terapeuta, con énfasis en lo que más se ajusta al sistema en un momento determinado en la vida conversacional del sistema de tratamiento. De tal manera que el terapeuta se ubica en una posición no jerárquica, lateral, respetando y dando poder a los clientes y a sus creencias. Así, la terapia se encara como una mutua colaboración más que como un esquema en el cual el papel del terapeuta es el de "experto" y los clientes son considerados "enfermos".

Al respecto, Andersen dice que esta manera de trabajar hace sentir a los terapeutas que son participantes en un proceso en el cual los miembros de la familia se convierten en iguales. Los terapeutas no sienten que pueden o que deben controlar el proceso terapéutico y aceptan que únicamente son parte de él (Andersen, 1987).

2.4 Investigaciones sobre el ER

Desde su introducción en 1987, los equipos de reflexión o los procesos reflexivos se han vuelto un tema popular entre los terapeutas familiares en manuscritos, en talleres y en la práctica (Smith, Sells, & Clevenger, 1994). Sin embargo, la literatura sobre el Equipo de Reflexión ha estado dominada principalmente por discusiones teóricas y estudios de caso desde la perspectiva del terapeuta (Andersen, 1987; Miller & Lax, 1988).

Estos estudios respaldan lo que se ha venido mencionando a lo largo de este capítulo y hacen notar nuevamente, que se encuentran muchas diferencias sobre el uso y el proceso de la práctica del equipo de reflexión (Smith, Sells, & Clevenger, 1994). Muchos clínicos argumentan que el Equipo Reflexivo es útil cuando un sistema familiar

está atorado o cuando necesita información nueva (Andersen, 1987). Algunos clínicos han establecido que prefieren utilizar el Equipo Reflexivo para comenzar la terapia, y otros han argumentado que su uso en las últimas sesiones abre nuevos temas de discusión (Smith, et al. 1995). Las contraindicaciones para su uso se han sugerido cuando el problema es de baja intensidad o cuando las sesiones terapéuticas han funcionado bien sin un equipo de reflexión presente (Smith, Winton, & Yoshioka, 1992). El proceso de cambio en el trabajo con el Equipo Reflexivo se logra por medio de la habilidad de la familia para escuchar el mismo problema de una manera diferente (Andersen, 1996). Los equipos reflexivos han resultado ser particularmente útiles al poner en acción ideas tales como: (1) existen múltiples descripciones y explicaciones para cualquier evento; (2) las ideas se generan y se transforman a través de la conversación; y (3) los clientes son los mejores jueces para determinar que es lo más útil para ellos (Biever & Gardner, 1995).

Con respecto a acortar procesos, White (2002), realizó una evaluación informal. La base de la evaluación fue sobre el valor de los documentos terapéuticos: ¿A cuántas sesiones de buena terapia equivale una buena discusión de equipo de reflexión?, el resultado de la evaluación fue: en un término medio de 4,7 sesiones de buena terapia.

Griffith, Griffith, Krejmas, McLain, Mittal, Rains & Tingle (1992) publicaron uno de los primeros estudios sobre los efectos de los Equipos Reflexivos en el trabajo clínico. Estos autores comprobaron que las sesiones terapéuticas que empleaban el equipo de reflexión, facilitaban los procesos interpersonales y tenían un efecto terapéutico positivo en las sesiones iniciales de terapia familiar con familias con síntomas psicósomáticos.

Sobre la perspectiva de los terapeutas, Smith, Winton & Yoshioka (1993) reportaron que los terapeutas encontraban el uso del Equipo Reflexivo valioso para resolver dificultades, para generar múltiples perspectivas sobre los problemas de los clientes, y para favorecer la interacción entre los miembros del equipo, pero problemático si los clientes no estaban acostumbrados al trabajo con equipo o si había físicamente muchas personas en el consultorio donde se llevaba a cabo la entrevista.

Por otra parte, los terapeutas consideraron que el trabajo con equipos de reflexión no era práctico en ámbitos clínicos regulares. Estudiaron las perspectivas de once clientes acerca de los beneficios del trabajo con Equipo Reflexivo a través de una metodología etnográfica. Los resultados indicaron que los clientes entendían el proceso reflexivo como uno en el que los miembros del equipo compartían lo que habían estado viendo y escuchando en la sesión. Además, el debate abierto de ideas les facilitaba el reconocimiento de diferentes perspectivas sobre cualquier tema y sobre sus propios sistemas de significados de la experiencia terapéutica. Las limitaciones del Equipo Reflexivo que reportaron incluían lo intimidante de la experiencia del equipo, el que los miembros del equipo se dejaran llevar por sus prejuicios y la alteración al curso de la sesión. Los investigadores concluyeron en base a lo que aprendieron de los clientes que era importante incluir diferentes géneros, nacionalidades y experiencias en los equipos de reflexión (Kleist, 1999).

Sells, Smith, Coe, Yoshioka, y Robbins (1994) estudiaron las perspectivas de siete parejas y cinco terapeutas sobre el uso y el proceso del equipo de reflexión empleando un enfoque etnográfico. Los resultados revelaron que todas las parejas se beneficiaron de su experiencia con el equipo reflexivo, y que las múltiples perspectivas y opiniones fueron útiles tanto para las parejas como para los terapeutas. En general, este estudio confirmó los beneficios teóricos del proceso reflexivo y enfatizó la necesidad de tener representantes de ambos géneros en las consultorías con equipos de reflexión (Kleist, 1999).

En una línea similar Smith, Sells y Clevenger (1994) realizaron un análisis etnográfico para examinar las perspectivas de once parejas y cinco terapeutas sobre el uso y el valor del trabajo con Equipo Reflexivo. Los resultados revelaron que el Equipo de Reflexión daba a los clientes la oportunidad de hacer pausas e incorporar una perspectiva diferente de la situación. El hecho de no tener que objetar y verse forzados a escuchar sin interrupciones contribuía a su sensación de estar fuera del problema (Kleist, 1999). Los datos también revelaron que los terapeutas estaban tan interesados

como los clientes en incluir hombres y mujeres en un mismo equipo de reflexión (Smith, Sells, & Clevenger, 1994).

Smith, et.al (1995) estudiaron los patrones de conversación del Equipo Reflexivo que facilitaban el desarrollo de múltiples perspectivas. Ellos realizaron entrevistas etnográficas a cuatro clientes, cuatro terapeutas, y cuatro investigadores que ya habían leído las transcripciones de las entrevistas de clientes y terapeutas. Sus resultados señalaron que en la experiencia de los clientes “poner el escenario para un equipo de reflexión era decisivo para la efectividad del proceso, es decir, se debía dar el momento oportuno para que los clientes pudieran escuchar y confiar (la relación terapéutica y la credibilidad en los miembros del equipo). Si alguna de las condiciones no se satisfacía, los clientes no podían experimentar el proceso reflexivo como útil (Kleist, 1999).

En un estudio realizado por Vega y Sesma (2001) se pudo observar que ciertas voces del ER tenían un impacto diferente en los clientes y que los clientes retomaban algunas de las voces de los miembros del ER y otras no, definiendo estas como “voces epifánicas” ; entendiendo por éstas , aquellas voces que le “hacen clic”, que le dan sentido al cliente, que hacen un “eco” en la conversación o, como un cliente mencionó durante la investigación “hubo voces que me dejaron huella”. Encontrando de acuerdo con la perspectiva de los clientes, que las características principales de las voces epifánicas desde la experiencia de los participantes fueron: aquellas que concordaban o estaban en consenso (en el ER) y aquellas que buscaban la diversidad de puntos de vista (en cuanto al género, las distintas experiencias, personales compartidas por los miembros del ER, las diferentes escuelas o formación profesional). También se observó que las voces que intervienen más veces o por más tiempo tienen mayor influencia que las voces más breves aunque las voces breves, claras y concisas los invitan igualmente a la reflexión. Por otro lado, para los clientes es importante que los miembros del equipo comenten desde su postura, su vida, sus vivencias como persona y no sólo desde su conocimiento profesional. Además, el hecho de que los integrantes del ER utilicen en sus reflexiones el lenguaje, las palabras y la forma de comunicar del cliente, siendo de suma importancia en el momento de recordar o de retomar las reflexiones. Así mismo

los clientes presentaron una especial atención a aquellas voces que se refirieron o emplearon su nombre propio porque se creó un vínculo con ellos. Las voces epifánicas, a su vez, fueron voces o reflexiones tentativas y no dogmáticas. Es decir, que dejaron posibilidades abiertas y no fijas o determinantes. Suelen ser voces descriptivas en sus comentarios ya que igualmente dieron pauta para que el cliente hiciera cosas que hasta el momento no había intentado. Las voces epifánicas, en ese sentido, dieron pauta para que el cliente pensara diferente al escuchar otras perspectivas de su historia. Para los clientes lo más relevante fue que aportaran ideas que nadie había considerado. De acuerdo a los clientes, son voces que los ayudaron a tomar decisiones. En vez de generar más preguntas, dan sugerencias. No interviene solo por “cumplir con un compromiso”, sino que escuchan y están comprometidos con la sesión y el cliente. Son voces que no distorsionan, ni interpretan ni enjuician al cliente, sino que se quedan con lo que el cliente dice en ese momento mostrando una actitud de mucho respeto hacia su historia, problema o filosofía de vida (Licea, Paquentin, & Selicoff, 2002).

Jenkins (1996) condujo un estudio exploratorio para enfatizar la teoría y la práctica del enfoque del Equipo Reflexivo en la terapia familiar. Él empleó la técnica Delphi para que 26 panelistas comentaran acerca de las propuestas teóricas, las técnicas, de cómo se da el cambio, de las metas principales, sobre cuándo utilizarlo, y las contraindicaciones del modelo del equipo de reflexión. Entre otras cosas encontró que las aproximaciones teóricas de los equipos reflexivos sugerían una epistemología socioconstruccionista; en cuanto a las técnicas o intervenciones, la mayoría concordó en las múltiples perspectivas, las posiciones de escucha y de conversación, una postura respetuosa, curiosa y no crítica, la colaboración, y la mutua exploración; el cambio en los equipos reflexivos se dio a través de la aceptación del cliente, de ofrecer nuevos diálogos o múltiples perspectivas, y de la creación de esperanzas, de nuevas comprensiones y de narrativas más útiles; el uso del equipo reflexivo como una herramienta de entrenamiento también fue reconocido; referente a las contraindicaciones los panelistas reportaron que los equipos reflexivos no deberían emplearse si se forzaba a los clientes ni tampoco si el terapeuta o el cliente no pensaran que este enfoque pudiera ser útil, que los equipos no deberían emplearse si los

miembros del equipo tendían a juzgar, criticar, y apoyarse en etiquetas de conducta, y por último, los equipos de reflexión debían evitarse cuando no estuvieran mediados por el diálogo entre la familia y el terapeuta.

Por otra parte en un estudio realizado por Licea (2001; en Licea, Paquentin, & Selicoff, 2002) se encontró que los múltiples puntos de vista ofrecen una oportunidad para cambiar o modificar significados, posiciones, relaciones y acciones: las conversaciones reflexivas brindan la posibilidad de que el cliente escuche una diversidad de ideas y voces que posibiliten el cambio. Los terapeutas y los clientes estuvieron de acuerdo en que la conversación reflexiva crea un diálogo a través del cual las personas pueden pensar, sentir, describir y entender su situación en maneras diferentes. Los terapeutas y los clientes destacaron el empleo del ER en diversos contextos y situaciones: con las familias, en las escuelas en el entrenamiento y en la supervisión. Subrayando que el ER es una herramienta útil en el entrenamiento ya que permite a los terapeutas estar activamente involucrados en el proceso terapéutico. Terapeutas en formación refirieron que esta forma de trabajo les ayudo a incluir en el proceso terapéutico las siguientes características: la escucha, el respeto al pensamiento y a la realidad del cliente, la promoción de un ambiente de respeto y de participación. Destacaron también que el terapeuta puede pensar en voz alta con los clientes y así ofrecerles diversas perspectivas. En este mismo estudio se encontró también como desventajas para trabajar con el ER, el costo económico debido al numero de terapeutas que se necesitan para trabajar en el ER, ya que no se pueden pagar los honorarios de tantos terapeutas así como el hecho de que los clientes no quieran probar este tipo de enfoque. Los panelistas de Jenkins (1996; Licea, et.al 2002) comentaron que el empleo del ER fue contraindicado en los casos en que no se ofreció con el espíritu de ser útil o se forzó y se insistió en su uso. Los terapeutas entrevistados en el estudio de Sells (1994; en Licea, et. al, 2002) señalaron que el ER sólo debería ser usado cuando los clientes estuvieran “atorados” o en crisis; especificaron que el ER era más efectivo cuando había un tema definido sobre el cual hablar.

En un estudio sobre un grupo de supervisión con Equipo Reflexivo encontraron que en el proceso, se alteraba la jerarquía tradicional del supervisor para que temporalmente tomara una posición lateral, es decir, igualitaria. Así, la experiencia del supervisor era una en la que el supervisor exponía sus perspectivas de la misma manera que los otros integrantes del equipo. Además, notaron que la estructura de este modelo le daba al supervisado la experiencia de observar el proceso desde fuera y de escuchar hablar al equipo sobre su trabajo sin tener que participar en la discusión (Prest, Darden, y Keller, 1990).

De acuerdo con los hallazgos de algunas investigaciones con Equipos Reflexivos, lo más importante es la multitud de perspectivas que se ofrecen a la familia desde afuera de la ya establecida relación cliente- terapeuta, sea resaltando el trabajo que han hecho hasta el momento o abriendo la terapia hacia nuevas posibles direcciones (Mills & Sprenkle, 1995).

En conclusión, la propuesta del Equipo de Reflexión de Andersen (1987, en: Andersen, 1994) es sólo una manera de poner ideas sistémicas en acción. Andersen (1995) afirma que los procesos reflexivos parecen ser una práctica muy útil, relativamente fácil de aplicar y que puede ser usada en varias circunstancias. Por su parte, Lax (1995) señala que lo más sorprendente de los procesos reflexivos es la creatividad que los clientes y los terapeutas demuestran al ofrecer reflexiones perceptivas, innovadoras y útiles.

Por lo anterior es que surge el interés de conocer cuales son las experiencias de quienes participan en sesiones con el ER, para proponerla como una herramienta más en la terapia para personas que viven con VIH / SIDA, con la finalidad de exponer su eficacia y utilidad a partir de la experiencia de los participantes y así poder proponer que en la actualidad puede ser de gran utilidad ya que puede reducir el número de sesiones terapéuticas y puede ser incluso multidisciplinario su trabajo, obteniendo así resultados positivos tanto para los pacientes como para los terapeutas que entrevistan y quienes conforman el ER.

CAPÍTULO 3. INVESTIGACIÓN

3.1 Planteamiento del problema

3.1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la experiencia de terapeutas y clientes al trabajar con el ER en la terapia familiar?

3.1.2 Objetivo general.

Conocer las experiencias de los miembros de familias que viven con VIH/SIDA, los terapeutas que entrevistan y los que conforman el ER a partir de su trabajo en la terapia familiar con el ER.

3.1.3 Definición de términos

Experiencias.

Este término enfatiza la importancia de las vivencias individuales de las personas como seres humanos conscientes (Moustakas, 1994; en Creswell, 1998).

Terapeutas desde el ER.

El profesional que interviene para la construcción de nuevas opciones y significados, así como mostrar múltiples perspectivas para los clientes.

Equipo de Reflexión.

Su ejercicio es una combinación de los procesos de “presentar, escuchar, reflexionar y discutir”. La idea principal consiste en asignar a un

pequeño grupo de terapeutas el ser 'escuchas' desde la postura de uno de los personajes de la historia que relata el cliente. Desde ese lugar reflexionan y discuten sobre lo que escucharon, lo hacen frente al cliente o a través de un representante las ideas más importantes surgidas en la discusión. (Anderson, 1997).

3.2 Método

3.2.1 Participantes²

Primer grupo de co-investigadores: Clientes entrevistados.

Se entrevistó a 3 clientes cuyas edades promedio eran de 33 años. Sus ocupaciones eran arquitecto, ingeniero civil y desempleado. Dos clientes estuvieron en terapia individual y en terapia familiar con ER simultáneamente. Y el último tuvo todo su proceso terapéutico con el ER.

Segundo grupo de co-investigadores: Terapeutas que entrevistan.

Participaron dos terapeutas que entrevistaban a los clientes, una mujer de 24 años y un hombre de 33 años. Ambos eran psicólogos con 5 a 10 años de trabajo en VIH/ SIDA y terapia familiar.

Tercer grupo de co-investigadores: Terapeutas miembros del ER.

Colaboraron en el estudio tres terapeutas integrantes del ER. Dos hombres en edad promedio 33 años. Y una mujer de 25 años. Los tres eran psicólogos con 3 a 15 años de experiencia en el ámbito del VIH/ SIDA y 6 meses aproximadamente trabajando como miembros del ER en terapia familiar.

² Para el presente trabajo se utilizaron los términos participantes y/ o co- investigadores. Andersen (1995) utilizó la palabra co- investigadores refiriéndose a los clientes que evalúan un proceso terapéutico junto con un profesional.

3.2.2 *Diseño*

El estudio fue realizado a través de una metodología cualitativa, con la finalidad de comprender los fenómenos y procesos desde la perspectiva del actor (Bogdan & Taylor, 1984). Se utilizó un diseño de estudio de caso (Creswell, 1998), para conocer con detalle la perspectiva de los co-investigadores acerca de su participación en la terapia familiar utilizando el ER.

3.2.3 *Procedimiento*

Entrada en el campo.

La investigadora invitó a participar a clientes que hubieran estado en un proceso terapéutico familiar con el ER como mínimo 6 meses. Se les contactó personalmente, sin recibir un pago a cambio, explicándoles el propósito de la investigación y el uso final de los datos (tesis de licenciatura y publicación); haciéndoles saber que toda información proporcionada y grabada sería confidencial y solicitándoles una cita para tener una entrevista. Cabe señalar que la participación fue totalmente voluntaria.

Los clientes, los terapeutas que entrevistaban y los terapeutas miembros del ER entrevistados fueron aquellos que se encontraban disponibles y a quienes se tenía acceso (Hugh, 1987).

Escenario.

Las entrevistas de los tres grupos de co-investigadores se llevaron a cabo en las instalaciones de Fundasida, asociación civil con trabajo en VIH/ SIDA, en un espacio de aproximadamente 2 m. x 1,5 m.

Fuente de los datos.

Se realizaron 8 entrevistas individuales a profundidad, con una duración promedio de una hora cada una. Se llevaron a cabo 8 sesiones de entrevista, iniciándose con la pregunta: ¿Cuál fue tu experiencia al participar en la terapia con el ER? Las siguientes preguntas se fueron realizando según el tema, dudas o búsqueda de significados que iban emergiendo.

Análisis de los datos.

Los datos corresponden a 480 min. de audio grabación. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas por la investigadora. El análisis consistió en una detallada descripción del estudio de caso (como se verá en el capítulo 4) y de su contexto (Creswell, 1998), además se procedió según Stake (1995) quien recomienda cuatro formas de análisis de datos e interpretación en el estudio de caso:

1. Agregación de categorías. Se buscaron categorías a partir de los datos, esperando que emergieran significados.
2. Interpretación directa. Una vez que se obtuvieron las categorías, se procedió a relacionarlas, buscando relaciones significativas entre ellas.
3. Establecimiento de patrones. Se buscó una correspondencia entre dos o más categorías, las cuales se ordenaron en una tabla para mostrar la relación entre ellas.
4. Una generalización naturalística. A partir de este análisis se establecieron generalizaciones que pueden ser aplicadas a otros casos, contrastándolos y comparándolos con la literatura publicada, en México y en el extranjero.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

*Nada puedes enseñarle a un hombre;
Solo puedes ayudarlo a que lo descubra dentro de sí mismo.*

Galileo.

Mediante este estudio de caso se describen detalladamente las experiencias de los terapeutas que entrevistaban, los clientes y los terapeutas integrantes del ER; de haber utilizado el equipo durante sus sesiones en terapia familiar. Cabe mencionar que la experiencia no se menciona como una categoría más, sin embargo se verá reflejada en la categoría de utilidad.

Como parte de estas experiencias se detallan sus vivencias en la práctica con el equipo; la utilidad en la praxis y para promover el cambio; las ventajas y las desventajas de trabajar con el ER y por último los cambios para los terapeutas y los clientes, que se relacionan con los resultados del proceso terapéutico. En la Tabla 1. se muestra la organización final del establecimiento de patrones y la relación entre categorías y subcategorías establecidas a partir de las entrevistas realizadas.

Tabla 1. panorama general de las experiencia de los terapeutas y los clientes con el ER.

4.1 PROCESO DE APREHENSIÓN DEL ER		
4.1.1 Para el terapeuta que entrevista	4.1.2 Para los clientes	4.1.3 Para los terapeutas miembros del ER
<ul style="list-style-type: none">- Formación profesional: Postura filosófica- Entrenamiento / supervisión- Eclecticismo en la práctica- Buscar información.- Aceptación del modelo de ER- Trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none">- Visión del cliente- Presencia del terapeuta guía- Resultados según el número de sesiones	<ul style="list-style-type: none">- Rompe paradigmas -despatogeniza- Funcionalidad del ER- Hacer reflexiones basadas en la experiencia del terapeuta- Perfil del ER- Uso del lenguaje- Resultados según el número de sesiones- Postura ética- Composición del sistema terapéutico (Definición de familia)- Comparación con otras terapias
4.2 UTILIDAD		

4.2.1 Para el terapeuta que entrevista	4.2.2 Para los clientes	4.2.3 Para los terapeutas miembros del ER
<ul style="list-style-type: none"> - Formación profesional y personal. - Sistema de apoyo - Herramienta que “desatora” - Abrir posibilidades - Facilita la tarea - Identifica necesidades - Ajustarse al contexto - Acorta procesos - Apoyo para futuras intervenciones 	<ul style="list-style-type: none"> - La percepción del ER sobre el problema del cliente - Brinda una nueva perspectiva del problema - Acorta procesos - Comparación entre sesiones individuales y con ER - Diferentes voces - Se refleja en otros - Alternativa de escucha - Oportunidad de escucharse - Retoma lo que le es útil - Perfil del ER - Uso del lenguaje - Inclusión de miembros - Número de miembros en el ER 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusión de miembros - Utilidad de las diferentes voces

4.3 VENTAJAS		
4.3.1 Para el terapeuta que entrevista	4.3.2 Para los clientes	4.3.3 Para los terapeutas miembros del ER
<ul style="list-style-type: none"> - Evocando voces - Llevar las voces a otros 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de reflexiones - Flexibilidad en la estructura de la dinámica 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusión de miembros - Flexibilidad para expresar y reflexionar

4.4 DESVENTAJAS	
4.4.1 Para el terapeuta que entrevista	4.4.2 Para los clientes
<ul style="list-style-type: none"> - Negativa a trabajar con el ER - Abrumadora vs. riqueza del ER - Desconocimiento de los lineamientos - Rehusarse a trabajar con un miembro del ER - Número de miembros en el ER - Infraestructura 	<ul style="list-style-type: none"> - Económica

4.5 CAMBIOS	
4.5.1 Para el terapeuta que entrevista	4.5.2 Para los clientes
<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de actitud: al conocer el trabajo del ER - El terapeuta solo facilita el proceso - Indaga para conocer los cambios 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la relación con otros - Avances en la vida personal - Resultados tangibles - Testimonios

4.1 Proceso de aprehensión del ER

4.1.1 Para el terapeuta que entrevista

Postura filosófica: formación profesional.

La formación de psicólogo durante sus estudios profesionales en la licenciatura se basa en una postura filosófica y un eclecticismo en la práctica. En sus propias palabras:

“Para empezar es una postura filosófica diferente a lo que yo había tenido como formación, yo me formé más en esta cuestión si bien un poco del eclecticismo...”

Entrenamiento / supervisión.

A diferencia de la postura filosófica que se lleva en la licenciatura en psicología se utiliza el ER en los programas de entrenamiento formales (maestría) e informales para la formación de futuros terapeutas familiares como lo refiere una terapeuta:

“...fue para mi diferente desde el enfoque que estamos utilizando que es la terapia posmoderna familiar, pero para todo esto yo necesite de un entrenamiento que lo obtuve de un terapeuta familiar a base de la revisión de literatura relacionada con los enfoques posmodernos: la narrativa, el ER, colaborativa, etc, etc...”

“Yo empecé a trabajar los equipos de reflexión durante mi entrenamiento en terapia familiar fue así la manera en como fui entrenado, en la universidad de las Américas se trabaja de esa manera, tenemos al supervisor que forma parte del equipo, los compañeros que forman parte del equipo y el terapeuta realizando la entrevista...”

Algo que considera importante el terapeuta para su entrenamiento y formación son las aportaciones que el equipo puede hacer a su trabajo a modo de supervisión,

de retroalimentar lo que el terapeuta que entrevista hizo durante la sesión y así mejorar su intervención en sesiones posteriores:

“...que sus anotaciones pudieran compartirlas conmigo para saber que fue para ellos importante, como observaron ellos la sesión incluso como me observaron a mi, si me veía muy seria, o que me dijeran yo hubiera hecho esta pregunta de esta manera, etc, todo como parte de una supervisión, una retroalimentación, ya que todo lo que ellos puedan notar y anotar a mi me puede ser de gran utilidad para mejorar el trabajo en las siguientes sesiones...”

“...en un momento dado al momento en que entra el ER a trabajar, se podría hacer alguna sugerencia al terapeuta que esta llevando la sesión, de, quizás donde podría continuar o algún tema que quedo digamos en el aire y que a la mejor con alguna especie de conexión se pudiera retomar...”

“...Incluso el ER sirve para la propia supervisión del terapeuta.”

Eclecticismo en la practica.

El trabajo con el ER facilita la intervención en la terapia independientemente de la postura, las teorías o la formación del terapeuta o los miembros del ER, ya que se aplica a cualquiera de estas siempre y cuando se conozcan los lineamientos base del trabajo con el ER y su objetivo como lo señalan los co- investigadores:

“...para empezar que tengan una formación, el conocimiento de lo que es el ER, además de la formación como psicoterapeuta, y el saber para que va a servir el ER...”

“el ER es una herramienta más que se puede utiliza en la terapia y que....independientemente de la corriente digamos, que uno como terapeuta quiere emplear con la persona.... te puede ser muy útil...”

“Se objetiviza la sesión con el ER se puede utilizar para cualquier corriente psicológica, excepto por el psicoanálisis en donde el cliente no tiene ni siquiera contacto visual con su terapeuta y en donde no se si tanto el terapeuta como el usuario aceptaran trabajar con esta modalidad ya que su línea de trabajo es otra, pero no dudo que se pudiera trabajar también.”

“...sería muy útil para terapeutas con diferente entrenamiento o diferentes orientaciones teóricas, siempre y cuando sean congruentes con el espíritu del ER, y con las ideas del pensamiento pos moderno.”

Buscar información.

Para algunos terapeutas, al conocer el trabajo del ER los ha llevado a interesarse y buscar de donde surge, para así tener una mejor comprensión de los objetivos que se persiguen y los beneficios que se obtienen al trabajar con el equipo en las sesiones de terapia:

“...cuando me acerco a ver el modelo del equipo reflexivo pues, para empezar me tengo que empapar un poco desde donde viene...”

Aceptación del modelo de ER.

Aún cuando no se sabe si es o puede ser un modelo que sea aceptado entre los profesionales o los cliente, si se tiene la claridad que aporta beneficios para todos los involucrados:

“...no te puedo decir si este modelo pueda ser muy aceptado para toda la gente, pero yo creo que sí, de alguna modo invitamos a la persona a que tenga otros punto de vista...”

Trabajo en equipo.

Tanto los terapeutas que entrevista como los terapeutas miembros del ER se sienten apoyados al trabajar con el equipo, ya que más que un trabajo de terapeuta – cliente (es) es un trabajo en conjunto que les brinda mayor confianza y se sienten apoyados para la conducción de la sesión:

“De entrada, el estar en el equipo me hace sentir como muy cómodo, porque me hace sentir como eso, como un trabajo en equipo, en donde a mi ritmo yo puedo dar una reflexión si es que así yo lo decido...”

“Como terapeuta me da confianza de estar con mi equipo, me siento apoyado y respaldado al igual que los clientes por el hecho de estar trabajando en colaboración, en conjunto, sobre todo esta parte de confianza para mi es muy importante, confianza que siempre he dicho que 2, 3 o 4 cabezas piensan mejor que una y esa parte es la que me da mucha más confianza...”

“en un momento dado me sentiría muy en confianza sabiendo que hay gente que me puede apoyar en ese sentido, como para que incluso una sesión pueda ser mucho más fluida...”

“Empecé a trabajar como terapeuta con ER hace 2 años, fue una experiencia nueva porque nunca había trabajado con personas observando mi trabajo, primero sentí muchos nervios por el temor de si lo hacía o no bien, porque obviamente es diferente una supervisión fuera de el cubículo o después de la sesión allá dentro del, pero luego te das cuenta que no es una supervisión sino que es un trabajo realmente en equipo...”

4.1.2 Para los clientes

Visión del cliente.

Desde la visión del cliente el ER se conduce por su formación profesional más que por su experiencia o la combinación de la una con la otra, además puede llegar a considerar que más que su experiencia se trata de un estilo de trabajo que le funciona de acuerdo al momento o el objetivo:

“...yo creo más bien que son estilos o formas de cómo dan terapia, yo creo que es según la escuela a la que hayan ido es como se van a manejar, o cada persona toma un estilo y trabajan el que es más conveniente para ese momento, no sé.”

Presencia del terapeuta guía³.

Para los clientes es de suma importancia que su terapeuta con quien trabajan en sesiones individuales sea el mismo que conduzca las sesiones cuando se trabaja con el ER, al parecer esto les brinda más confianza pensando en no perder el objetivo de sus demandas en las sesiones individuales:

“Probablemente, el hecho de que este tu terapeuta base, pueda hacer que ella intuya hacia donde se puede estar dirigiendo determinado problema, y dar pie a lo que se va a tratar en esa terapia.”

“...creo que es muy importante que siempre este tu terapeuta individual guiando la sesión para que el equipo tenga una idea de todo lo que esta pasando en las sesiones individuales.... Yo considere que si es importante tener el hilo conductor y quien va a ir dando las directrices, porque alguien que no conozca el problema podría equivocarse.”

Resultados según el número de sesiones.

De acuerdo a los clientes el número de sesiones no se puede establecer lo que si dejan ver, es que pueden depender de la problemática, incluso cuando este considere que es suficiente para él:

³ El cliente denominó al terapeuta que entrevista como terapeuta guía.

“Pensando en que al principio solo venía yo y fue hasta la quinta semana que empecé a involucrar a las otras personas de la casa, te hablo aproximadamente de 2 meses a lo mucho.”

“...yo mismo terminé con la terapia, yo dije hasta aquí es suficiente para mi, no porque no me haya servido, sino porque para mi ya no era primordial.”

“... el necesario, por lo menos para mi era hasta que yo lo decidiera, y hay otro tipo de terapia en el que el psicólogo llega con otro tipo de dinámica y el considera cuanto tiempo es suficiente. Pero yo creo que depende de cada persona de acuerdo a sus necesidades.”

4.1.3 Para los terapeutas miembros del ER

Rompe paradigmas: despatogeniza.

Si bien el sistema terapéutico es para muchos el medio por el cual el “experto” dice o da las respuestas a los “problemas” etiquetándolos en muchas ocasiones, el ER viene a romper este esquema, ya que facilita el proceso de una manera totalmente novedosa para quienes participan en éste, siendo una herramienta que reconocen tanto terapeutas como clientes:

“...bueno no ver tanto el psiquismo ni la génesis interna del motivo de consulta de la persona , es dejar un poco del lado esta cuestión de la patogenización, etc, al principio me cuesta un poco de trabajo precisamente porque vengo de una corriente donde se enfoco mucho en esto...”

“...creo que a veces pesa mucho esta cultura de la culpabilidad a la que estamos tan acostumbrados que mucha gente viene esperando eso, “dime que tan enfermo estoy y como me puedo curar”...”

“...yo pensé que a mis clientes les iba a parecer difícil trabajar con tantos terapeutas viéndolos obviamente porque ellos traen la idea de que ellos son los expertos, los

profesionales que van a estar analizándolos, pero se han acoplado muy bien, son muy abiertos a recibir y escuchar al equipo muy bien...”

“Al ir hablando yo mismo iba encontrando las respuestas no había necesidad de que ellos me dijeran hazle así o hazle asa.”

“Yo me quedé con la idea de la televisión de que te van guiando por donde debes de ir, que te dan más herramientas respecto a su experiencia, no solo que yo diga y yo mismo me vaya contestando, aquí no existe el hablar de lo que esta bien o no, porque si todo lo que digo esta bien pues entonces para que vengo a terapia no?, a lo mejor si se lo cuento a alguien que no sea psicólogo y me regaña a lo mejor es lo mismo no se.”

Funcionalidad del ER.

El trabajo terapéutico con el ER se caracteriza por su naturaleza reflexiva a partir de escuchar la historia del cliente:

“De hecho el nombre dice mucho, es un equipo de reflexión porque esta reflexionando sobre una problemática que el cliente trae al consultorio.”

“Múltiples opciones, múltiples formas y cantidad de maneras de resolver un problema es lo que conforma y caracteriza al ER.”

Hacer reflexiones basadas en la experiencia del terapeuta.

La aportación del equipo se puede considerar aún mas interesante cuando esta reflexión se “conecta” con el eje principal del terapeuta, su experiencia y la necesidad del cliente en ese momento, brindando una congruencia y siendo de mayor utilidad para el cliente:

“...hay una parte también de mi donde... por algo me conecto específicamente con la necesidad de la persona, entonces si logro combinar, la línea de trabajo del

terapeuta más la experiencia ya a nivel personal, creo que el resultado puede ser mucho más completo a mi manera de ver para lograr la reflexión...”

“...trato de estar muy al pendiente de sobre qué línea está trabajando el terapeuta principal, para no romper tan fuertemente este clima terapéutico, teniendo esto en cuenta procuro siempre que la reflexión surja desde mi experiencia...”

Perfil del ER.

Si bien el ER ya facilita de alguna manera la tarea en las sesiones, el que este conformado por un grupo multidisciplinario formado por diferentes profesionales de la salud (médicos, psiquiatras, neurólogos, etc.) lo hace aún mas enriquecedor, porque se puede tener los diferentes puntos de vista de esta gama de especialistas en casos específicos:

“...yo me pregunto qué pasaría si incluyéramos a alguien con otra profesión dentro del equipo, por ejemplo un médico con respecto a la problemática que este viviendo la persona, quizás su punto de vista médico insertado dentro del ER le pudiera dejar algo más a la persona... qué pasaría con algunos desórdenes que van acompañados mucho de los diagnósticos, qué pasaría si llegara algún paciente con algún tipo de esquizofrenia, o con algún trastorno, digamos de estas clasificaciones que se tienen, que pasaría si pudiéramos tener de entrada por ejemplo un psiquiatra, que él nos pudiera decir desde su punto de vista de la psiquiatría, que estaría pensando con respecto a la sesión de cómo la estamos llevando , o bien alguien que en un momento dado estuviera en un tratamiento médico que el médico también pudiera estar en ese momento, yo pienso que el equipo sí podría ser de mucha utilidad...”

“...yo pienso en un equipo ideal si es que eso existiera, sería como un equipo conformado por personas muy distintas entre si, en cuanto que hubiera hombres y mujeres de diferentes edades, terapeutas con diferentes especialidades, con diferentes grados de experiencia incluso, que trabajaran en contextos diferentes porque eso haría todavía más los comentarios más diversos, incluso otros profesionales como tanatólogos, médicos, la enfermera, etc...”

“Tal vez aquí porque se trabaja con la problemática VIH sería muy rico tener un médico en el equipo, porque en ocasiones ellos tienen dudas muy específicas con respecto a la enfermedad, quizás un abogado, alguien de cada área involucrada en la problemática, que conozca el trabajo que se realiza en el ER.”

“Nunca lo he pensado, pero yo pensaría que ese no es un factor importante para que me ayudarán en su momento. En todo caso si alguien necesitara de algún tipo de especialista entonces si creo que podría haber una persona como un doctor o lo que necesitaran.”

Cuando el equipo es conformado no solo por profesionales en alguna área de la salud sino por algunas otras características en los miembros del mismo, suele ser para algunos participantes, más enriquecedor:

“...al tener diferentes puntos de vista de los miembros del equipo, pues yo creo que tiene mucho que ver esta cuestión de bueno, la edad de los terapeutas, la experiencia, el campo de formación, en cuanto que hubiera hombres y mujeres, yo creo que cada uno de los miembros del equipo habla desde sí mismo y esto puede ser mucho más enriquecedor para la persona...”

“...entre más gente tiene el equipo reflexivo es más padre...incluso a los nuevos integrantes del equipo pensando a lo mejor que traen más ideas frescas, y de alguna manera también nos sirve tanto al equipo como a mi que podemos estar en un círculo solamente, con el equipo construyes significados, abres nuevas opciones y si los clientes las retoman que padre, sino no importa es parte del proceso...”

Y no solo la inclusión de especialistas sería importante, sino también la inclusión de personas con un mismo “problema”, para algunos co- investigadores esto ofrece, una terapia más completa no solo al cliente, sino al terapeuta y a los miembros del ER sin perder el objetivo de la sesión:

“De entrada quisiera pensar primero en las características del cliente a entrevistar, ya que para el equipo hay diferentes contextos, hablando de un cliente que lleva una problemática “x” si me parece que debería estar en su mayoría terapeutas, que estén involucrados en la misma línea del problema, sin embargo se podría tener como invitados en el ER a un familiar que este involucrado en la problemática, o a alguna persona o familia diferente que tuviera una problemática similar lo cual podría ayudar exponiendo su caso y como fue que lo resolvieron o lo están resolviendo, según la situación que lo requiera.”

“Otro punto importante sería tal vez, que otra persona que comparta la problemática o que coincida en algún momento con una condición de tu vida, definitivamente podrá enriquecer la terapia, porque es un punto de vista distinto, lo compartes con otras personas que pasaron por lo mismo y eso te ayuda, te enriquece.”

“...algo que hemos implementado últimamente... es incluir a las personas que viven con VIH en el equipo, como traer la voz de la persona que vive con VIH, porque yo como terapeuta o como persona puedo hablar de mi experiencia pero yo no tengo el VIH, en cambio alguien que si lo tiene, alguien que puede convivir con el VIH diario, alguien que tiene que enfrentar y aprender a vivir con el VIH creo que su voz es muy importante y lo hemos probado con 2 o 3 clientes y a sido también muy útil para ellos, sobre todo el ver que se puede vivir con VIH, una de las señoras me decía “es que yo pensé que se morían a los tres meses, después de verlo a el, de ver que esta tan sano y que esta tan bien pues me da esperanzas de que mi hijo también será sano”.

También se llegó a considerar por parte de algunos participantes que la inclusión de los miembros en el equipo puede depender de quien(es) estén involucrados en el problema en ese momento así como del objetivo que se maneje en la sesión a trabajar:

“...Yo suelo hacer como dice Harlin Anderson preguntarle a los clientes ¿quién más crees que debería estar presente en esta conversación? o ¿tu a quien te gustaría

involucrar en esta conversación?, yo si creo mucho en esta idea teórica de que el problema crea el sistema, es decir, dependiendo del problema es el sistema de gentes que se involucran en él, por eso en ocasiones yo dejo que los clientes elijan eso, porque ellos saben que problema tienen, ellos son los expertos en su problema y son los expertos en quien forma parte del problema... y entonces es durante la sesión que surge el sugerir trabajar con el ER como una idea y sacar provecho del mismo, incluso cuando la misma familia o clientes prefiere que el resto de las personas involucradas sean parte del ER los resultados son buenos, porque les permite ponerse en una posición de escucha, de escuchar al otro o de escucharse simplemente, que a veces por muchas situaciones o vicisitudes no han podido tener un dialogo entre ellos...”

“Dependiendo de la sesión y el objetivo de la misma se podría invitar a quienes podrían formar parte del ER también tendrían que tener ciertas características, como saber que es una terapia para que no fuera a emitir juicios , insisto el objetivo es lo que decide cuales serían las personas que participarían.”

Uso del lenguaje.

Las características de lenguaje en el trabajo con ER como el lenguaje verbal (tentativo, propositivo, positivo, que no emite juicios, etc.) y no verbal en el trabajo con el equipo son importantes, ya que la presentación de las reflexiones, el ritmo con el que se presentan, incluso posturas del equipo, será significativo, no solo para el terapeuta sino para el cliente y el mismo ER, de ello depende que las reflexiones tengan un mayor impacto en el cliente y faciliten el trabajo en la sesión terapéutica para todos los participantes:

“...vamos desde estos principios de hablar en lenguaje propositivo sobre cuestiones más bien hacia lo benéfico, hacia lo positivo de una persona creo que de alguna manera la persona tiene muchos más elementos...”

“...como “yo creo”, “yo estaba pensando”, “yo supongo”, “a mi me parece”, yo creo que este tipo de proposiciones de lo que podría o no ser útil la persona encaja muy

bien, más que decirle “ya te diste cuenta que estas mal por esto” es decir bueno “ya te diste cuenta de lo que has hecho” y a la mejor la persona no se ha dado cuenta, entonces creo que no calificamos en una escala de decir bueno o malo le puedan hablar tentativamente sobre cosas que quizás las tiene a su alrededor y que no las ha visto...”

“...no es decir como vas a participar en el equipo es más bien saber las “reglas básicas” , es decir no hablar en términos negativos , no juicio, hablar tentativamente, etc. Lo que podría facilitar el trabajo y no obstaculizar el objetivo del mismo...”

“...el deseo de trabajar lo aprendido y de hacer el tipo de comentarios que son como ‘lineamientos’ en el ER, es decir, no emitir juicios, hacer comentarios positivos, evitar críticas, etc...”

“...el cómo se presentan las ideas, creo que es importante presentar las ideas de manera tentativa, yo creo que eso es importante el lenguaje con que se hacen, contextualizar las ideas incluso con bases teóricas y científicas, para que los clientes no crean que les estamos imponiendo ideas o creencias, es solamente sugerir ideas distintas, con respeto y respetando las ideas de los clientes, no dar por hecho algo, no suponer sino preguntar mejor al cliente directamente...”

“...que no emita juicios, que sean respetuosos, que hablen en lenguaje tentativo... que escuchen realmente lo que el cliente este diciendo.... la postura que toman en el equipo es importante también”.

“...El equipo no califica, proporciona puntos de vista diferentes, a los que usualmente nos encontramos en las conversaciones...”

“Los comentarios nunca son de juicio, son con todo respeto y en forma de interrogantes, de cómo me están viendo de animo en ese momento, como de curiosidad para que vayan viendo si realmente es la causa del problema o no, son como exploratorios.”

“...creo que nunca han sido un juicio, sino solo dar un punto de vista y eso es bueno porque no entras a ser juzgado, no te dicen esta bien o esta mal lo que estas haciendo... “

“...hay personas que yo eh percibido en el equipo que hablan muy rápido y hacen comentario tras comentario, y en ocasiones los equipos son más pausados, toman más silencios para hablar, hablan de manera mucho más pausada más tranquila y eso para mi me permite asimilar mucho mejor las ideas...”

Resultados según el número de sesiones.

De acuerdo a los participantes el número de sesiones no se puede establecer ya que desde la primera sesión se pueden notar cambios o no, lo que si dejan ver, es que pueden depender de la problemática, incluso del cliente cuando este considere que es suficiente para él, reconociendo sin embargo los cambios que se obtienen así sea una o más sesiones de trabajo con el ER:

“Como mínimo que he visto con buenos resultados fue hasta con dos sesiones, en donde en una situación de crisis en una pareja y en la segunda sesión la familia venia con otra actitud, con otro discurso y para la tercera sesión ya fue solamente con el terapeuta y el cliente, ya no vino la familia y ya no hubo necesidad del equipo, yo creo que como mínimo 1 o 2, por lo que yo hasta el momento eh observado...”

“Yo no me atrevería a dar un límite de sesiones, a la mejor una sola sesión puede servir para generar ese cambio porque son muchas las reflexiones que se escuchan en ese momento, yo creo que como mínimo una como máximo no lo se, yo creo que tan bien va a depender del como se sienta el cliente al estar frente a varias personas, va de acuerdo a lo que el cliente quiere y a lo que el terapeuta necesita.”

“Algo que acostumbro hacer es preguntar al clientes, ¿en qué momento o que tendría que pasar para que tú dijeras que este proceso ha terminado? Ellos mismos fijan sus

metas y nosotros vamos observando los cambios que van ocurriendo y se les pregunta directamente también. Y cada sesión vienen con avances nuevos, yo no creo que tenga que haber un número de sesiones para ver un cambio.”

Postura ética.

Tanto el terapeuta que entrevista que trabajó desde una postura ética, como los miembros del ER, hacen su trabajo con profesionalismo y ética, sabiendo de antemano que de presentarse una situación legal están en todo el derecho y obligación de hacerlo saber a las personas involucradas y/ o afectadas como parte de su trabajo terapéutico:

“...como en todo también hay límites, sobre todo como en situaciones extremas de cuando el cliente esta haciendo cosas incluso peligrosas para el mismo o para otras personas, pienso concretamente en situaciones de violencia, o cuando se habla de abuso sexual, ahí mi postura como terapeuta tiene que ver con una parte muy ética, en ese momento tenemos la obligación tanto yo como terapeuta como los miembros del equipo de decirles que ese es un delito.”

Composición del sistema terapéutico (Definición de familia).

En la sesión terapéutica tradicional tanto el terapeuta como el ER trabajan con el sistema “familiar” formado o designado por el cliente, en el cual no necesariamente tiene que ser la familia nuclear, sino que puede estar conformado por amigos, pareja, etc. y esto es primordial tanto para el terapeuta como para el ER, ya que esto facilitará el trabajo al identificar quienes son el sistema de apoyo del cliente:

“...cada quien puede establecer como seria su familia, digo me voy más allá del modelo clásico de mamá, papá e hijos, aquí en la fundación la mayoría de los usuario, quizás la familia de un usuario sea la pareja o el grupo de amigos que saben que vive con VIH, entonces yo creo que en este sentido, si hay una multiplicidad de

voces, pues vamos esta respondiendo a las necesidades de la persona en base a lo que cada quien ha establecido como la familia.”

Comparación con otras terapias.

Si bien, no existió un comparativo con otras terapias ya que los usuarios no habían tenido ninguna experiencia terapéutica previa, si se dejó ver que el conocer en teoría sobre otras formas de trabajo si representa diferencias con respecto al ER, no solo por la manera en que interviene sino desde el lenguaje mismo de su intervención y la manera en que se enfoca para dar opciones diferentes a las que se está acostumbrado para la solución del “problema”:

“el ER ofrece eso, poder hablar desde lo que uno ha vivido, yo creo que otra de las ventajas es sobre este lenguaje propositivo, enumerar todo aquello que se quiera comentar, pero desde un lado más, más positivo y más propositivo, que en cambio en las posturas modernas es mas bien “ok”. hay un problema, vamos a ver cuál es el origen y dar una solución”, entonces creo que esto de algún modo a la gente le ofrece un punto de vista al que no siempre están acostumbrados...”

4.2. Utilidad

4.2.1 Para el terapeuta que entrevista.

Formación profesional y personal.

Algo que ofrece el ER al mismo equipo de terapeutas es la posibilidad de hablar desde su experiencia personal, combinada con la experiencia profesional, lo cual en otras posturas o modelos de psicoterapia no se permite porque el terapeuta tiene el rol de experto, en esta forma de trabajo se tiene esa libertad y esto enriquece las sesiones porque se pueden sentir identificados con las reflexiones y así obtener mejores resultados:

“...por un lado te permite explorar un poco del sí mismo, que sobre todo en las posturas modernas el terapeuta es el experto, entonces no siempre se permite hablar desde el sí mismo como persona, sino más bien de sí mismo pero como experto, por un lado el ER ofrece eso, poder hablar desde lo que uno ha vivido...”

“...hacemos un diálogo del diálogo que tenemos con el otro, y yo creo que al final podemos tener un meta diálogo entre nosotros desde nuestra formación personal hasta esta formación profesional que creo que en otro tipo de trabajo no siempre se puede llegar a este meta diálogo de los colegas, yo creo que el ER ofrece eso para nosotros...”

El equipo ayuda a los terapeutas involucrados a crecer como profesionales y personas, a tener una formación en la cual tiene sentido su trabajo y una meta:

“...el equipo es enriquecedor, muy formativo te ayuda a crecer como terapeuta y a tener más bases, a ir sobre una línea, no rígida pero algo de lo que parto y hacia donde voy.”

Otro punto importante es el lugar desde donde se hace la reflexión como miembro del equipo, el rol que tomen los miembros del equipo en ese momento desde su experiencia o formación teórica será importante para que se logre una conexión con el cliente:

“...me acuerdo mucho de una sesión en donde una de las terapeutas del equipo dijo bueno hablando con respecto a los que se estaba llevando a cabo en la sesión, la terapeuta hace su reflexión desde ella como hija de familia, entonces no se enfocó mucho desde, digámoslo así desde la teoría psicológica, sino más bien desde su sentir como hija y creo que en ese momento a la usuaria le fue muy útil esta reflexión pensando un poco como pensaría su hijo...”

“...puedes hablar incluso desde tu experiencia, como hijo, como pareja, etc., esperando que haga “clic” con la persona.”

“La característica principal para mi, es que sea un grupo de varios terapeutas donde se escuchen diferentes opiniones, diferentes versiones, múltiples realidades, las cuales son realidades diferentes a las del otro, cada uno lo esta viendo a su manera, a través de sus ojos, para mi es muy importante, porque cada uno de los integrantes del equipo va a hablar desde donde está, desde su experiencia, desde su formación teórica, con las ideas que les surgen en el momento...”

“...pero conforme el equipo empieza a hablar me surge una idea que también se conecta con otra intervención que yo hice, o con algo que yo leí que puede servir o con un caso que alguien comentara antes y entonces de esto surge la idea...”

Sistema de apoyo .

El trabajar con el ER fue de gran apoyo para los terapeutas que entrevistaban pues les brindó confianza para saber que ellos serían apoyados cuando ya no tuvieran más opciones de trabajo en ese momento. Incluso les fue de utilidad cuando el sistema familiar se conformaba por varios miembros, y que no le resultara demasiado desgastante al trabajar solos con todo el sistema:

“Lo veo como que nosotros somos un sistema de apoyo, dejo que el lleve su sesión y más bien yo hago la labor de apoyo en ese sentido, más que pedirle algo”.

“...a mi me sirve como un sistema de apoyo , cuando yo ya no se que preguntar me dirijo hacia el equipo y el siempre tiene buenas reflexiones, incluso para mi porque yo también retoma cosas del equipo como para el cliente...”

“Se me ocurre pensar que si, porque por ejemplo yo en un momento dado, yo como terapeuta que estoy dirigiendo una sesión, puedo pedirle al equipo que haga un énfasis sobre un tópico en especial probablemente yo no tengo tantas herramientas como para llegar a ese tópico entonces al tener la multiplicidad de voces, al tener estas reflexiones yo creo que en un momento dado me sentiría muy en confianza sabiendo que hay gente que me puede apoyar en ese sentido, como para que incluso una sesión pueda ser mucho más fluida...”

“...me da confianza que siempre he dicho que 2, 3 o 4 cabezas piensan mejor que una y esa parte es la que me da apoyo, mucha más confianza, para mí si es muy útil el trabajo del ER como terapeuta.”

“El equipo puede ser una herramienta de apoyo para el terapeuta guía la cual puede estar o no presente en todas o en algunas sesiones solamente.”

“...por un lado estaría pensando en el terapeuta que lleva la sesión, me estoy imaginando llevar una sesión con 4 o 5 elementos, yo creo que puede ser muy desgastante para el terapeuta, porque bueno finalmente si lo vemos desde el lado sistémico ok, ese es un sistema pero cada uno es parte de ese sistema con su propia vida, insisto puede ser muy desgastante para el terapeuta, pero si tiene el apoyo del equipo yo creo que puede ayudar mucho más pensando en como si fuera un eco de lo que va llevando el terapeuta...”

“...como abordar una serie de reflexiones, de ideas, de comentarios que le puedan servir al terapeuta que está al frente de la terapia, haciendo la entrevista, y uno de los objetivos es como ese apoyo, como ayudarlo en esta gama de ideas, comentarios de reflexiones, ayudarlo y no solo a él sino también al cliente a que tengan una perspectiva más amplia de lo que ahí está sucediendo, son como múltiples ideas, es como un apoyo extra que se le puede aportar al terapeuta, se dice que, “dos cabezas piensan mejor que una...”

“...el equipo es muchas posibles opciones y soluciones, descansar incluso un poco en ellos ya es un apoyo.”

Herramienta que “desatora”.

También les fue de utilidad a los terapeutas cuando estos se sintieron atorados en los procesos, cuando ya no encontraban otro camino, otras opciones y que por lo mismo no tenían la posibilidad de ver más allá de este proceso. El ER permite al terapeuta ver desde otra visión el problema y poder aportar tanto al cliente como a él

mismo otras opciones y desatorar el proceso cuando este se ha “estancado” como lo mencionaron algunos terapeutas:

“... lo que si sé y creo, es que el equipo es como un mecanismo para desatorar algo que a estado atorado..”

“...Yo siento que el ER es muy útil incluso como para “desatorar”, cuando yo como terapeuta me siento atorado, bloqueado con lo que estoy hablando con el cliente, cuando siento que no me surgen ideas, cosas nuevas pues invito al equipo porque siento que desbloquea, desatora...”

“...el equipo ayuda cuando uno esta atorado o bloqueado de repente, al momento de estar haciendo la entrevista ya no se me ocurren ideas o preguntas nuevas y entonces siento la necesidad de escuchar al equipo y el escuchar al equipo me ayuda a mi a abrir otras posibilidades, porque se me ocurren ideas nuevas, porque se me ocurren cosas que no había pensado, y puedo llegar con nuevas preguntas a la conversación, el escuchas otras opiniones me despierta nuevas inquietudes, curiosidad, preguntas, interés en saber más de eso que están hablando y son cosas que yo puedo preguntar y trabajar con mi cliente.”

Abrir posibilidades.

Con el equipo se tiene la oportunidad de darle un nuevo significado a lo que se puede considerar un “problema”, es dar o hacer otra visión de lo sucedido no como dilema sino como algo que tiene opciones de solución para el cambio:

“...muchas veces a nivel coloquial se habla de que la gente aprende de aquello que no le es cómodo se puede convertir en un problema, como un problema hay que solucionarlo, porque sino esa gente ha aprendido el binomio de “estoy mal entonces tengo un problema” y no siempre un problema desde este punto de vista tiene que ser un problema, yo creo que cuando le hacemos la reflexión a la persona de que a lo

mejor ni siquiera es un problema lo que esta viviendo, yo creo que la persona tiene más opción a poder generar un cambio.”

“...si la persona tiene muchos más puntos de vista le puede dejar muchos más cambios, muchas más herramientas para si mismos...”

“...construye y brinda desde la experiencia muchas opiniones, puntos de vista, ideas nuevas que abren nuevas posibilidades...”

“En cuanto al equipo, son las voces que se escuchan, las cuales ayudan tanto al cliente como al terapeuta.”

“...Es abrir nuevas opciones, es escuchar a mis compañeros, el no estancarme en una sola línea porque a lo mejor ellos (los usuarios) me hablan de una cosa y yo solo sigo sobre “eso” y escuchar a mis compañeros con ideas y reflexiones diferentes que para ellos son interesantes, eso para mi es abrir opciones nuevas en mi trabajo, es enriquecer la sesión y la conversación entre el usuario y yo, es muy interesante escuchar otro punto de vista y abren otras cosas, como terapeuta el ER es un gran apoyo...”

“...como terapeuta me ha enseñado a ser muy abierto a tener mucha apertura ante las ideas de los demás, me a ayudado a ser muy sensible a esta idea de las múltiples realidades y no ser tan soberbio al pensar que la mía es la única realidad...”

“...yo también retomo los diferentes puntos de vista, los que me parecieron interesantes, entonces para mi como que va abriendo caminos y cosas que a la mejor a mi no se me habían ocurrido a ellos se les van ocurriendo y es muy rico...”

“...creo que de alguna manera ellos depositan demasiada confianza en nosotros, por lo menos les ayuda para hablar y deshogarse porque a veces vienen muy cargado, y escuchar las reflexiones les ayuda a relajarse, ha abrir ante la familia temas que no habían hecho y lo que hace que comiencen a trabajar sobre ciertos temas como preferencia sexual, enfermedad...”

“En el caso del usuario le ayuda por supuesto porque esta escuchando no solo una “visión”, “una verdad” de lo que pueda decir el terapeuta, sino que esta escuchando múltiples comentarios, que llevan al cliente a que de alguna manera se conecte el mismo con alguno de estos comentarios, al menos uno, siento yo y así lo he visto, se conecta con la situación específica del cliente, lo que le da al cliente diferentes puntos de vista a su problemática...”

“Ampliar la visión del cliente en cuanto a las soluciones que tiene a su alcance, soluciones concretas, usuales, que no sean algo fuera de su alcance.”

“...para el usuario es muy útil, para el usuario porque le brindan la enorme riqueza de escuchar muchas versiones diferentes, muchas ideas, muchos comentarios, muchas sugerencias e ideas diversas es lo que los clientes se llevan...”

Facilita la tarea.

El equipo facilita la labor del terapeuta cuando sus reflexiones van enlazadas con el tema principal que se maneja durante la sesión, pero aún más cuando esta reflexión tiene que ver con la experiencia de quien la expone pues le puede resultar más interesante no solo al terapeuta sino al cliente también:

“Yo creo que una parte muy importante para la sesión por un lado facilitar la tarea del terapeuta, se me ocurre pensar que si el terapeuta va sobre una línea entonces poder hacer más reflexiones sobre esa línea que esta llevando el terapeuta principal, pero si en un momento dado podemos incluir algo más desde nuestra experiencia yo creo que podría ser de mucha utilidad no solo al clientes sino al terapeuta también ”.

“...me ayudó mucho porque al momento en que yo me enfrenté al paciente me sentía más preparada, con más herramientas, con preguntas más formuladas, obviamente no previas sino que van saliendo conforme a la charla, pero me sentía con más bases con más fuerza de nivel de terapeuta...”

Identifica necesidades.

El equipo desde otra visión puede percatarse de situaciones o temas que pueden ser importantes para la sesión y que el terapeuta en ese momento no ha percibido. Lo que hace el equipo es identificar esas necesidades y presentárselas al cliente y al terapeuta de manera que estas sean útiles para la sesión:

“...estoy pensando que el terapeuta al momento de estar llevando la sesión obvie algo que comento la persona, entonces uno como miembro del equipo esta en posibilidad de captar ese tema a lo mejor al momento de hacer la reflexión se hace énfasis en ese tópico que quizás al terapeuta en ese momento se le paso o cree que en ese momento no tenga mucha conexión....”

“...incluso si la reflexión va en el sentido de resaltar algo que a mi me pareció importante y que a los compañeros tal vez no, incluso el reconocer los recursos que la persona tiene o no se le ha reconocido lo que la persona ha intentado y que ha resultado, es en ese momento cuando yo intervengo con mis reflexiones, el resaltar lo que esta resultando o no se ha notado, o el querer saber más sobre cierto punto...”

Ajustarse al contexto.

Otra utilidad que tiene el ER es que se puede adaptar a cualquier contexto de trabajo y situaciones clínicas con éxito:

“...para cualquier tipo de contexto, se puede ajustar a cualquier situación, situaciones de violencia, violencia intra familiar o situaciones de trabajo en hospitales, hospitales psiquiátricos en los cuales se a aplicado con mucho éxito, en centros para menores infractores, con adicciones también se ha manejado, con trastornos de alimentación y por supuesto con enfermedades crónicas, tiene mucha aplicación y es muy útil...”

Acorta procesos.

Desde la experiencia de cada uno de los participantes el equipo resulta ser de ayuda porque les brinda confianza y reduce el tiempo del proceso al escuchar múltiples perspectivas, obteniendo resultados favorables para todos sin perder el objetivo de la terapia:

“...quizás el tener este apoyo del ER haga que el proceso incluso se acorte en cuanto al tiempo, pero teniendo más y mejores resultados.”

“...yo no conocía ese enfoque o ese tipo de trabajo, creo que sintetiza demasiado mi trabajo sin restarle importancia al mismo, me da dirección, un fin al cual puedo llegar más rápido y se hace a mi parecer un trabajo muy completo...”

“...tengo una colega que dice que el trabajo del ER en la sesión de terapia equivale a 4 sesiones de terapia sin equipo y yo también creo lo mismo.”

“... yo he visto cambios desde la primer sesión, y yo si creo que el equipo abrevia la sesión, un ejemplo es el de una señora con la que apenas llevamos dos sesiones trabajando con el ER, ella vino por una angustia muy grande y ahora esta muy relajada y con mucha claridad de lo que quiere hacer, incluso hizo cosas que nunca se dijeron que ella hiciera pero que ella decidió hacer, otro caso fue el de una familia con la que trabajamos hace como dos años, con la que tuvimos solamente una sesión con ellos con ER pero fue tal la cantidad de cosas que se llevaron que ellos empezaron a hacer muchos cambios ellos solos y muchos ajustes en su vida, eso fue muy interesante.”

“El generar un clima de confianza da pauta a que los usuarios pudieran hablar de si mismos, donde la experiencia de cada uno de los miembros del equipo pudo fluir hacia los miembros de la familia y que se dieran cuenta de muchas cosas en tan solo 15 días.”

“...el ER acorta procesos, precisamente porque los clientes tienen la oportunidad de escuchar varias perspectivas que les ayuda a ver y entrar en procesos de reflexión de acuerdo a lo que escucharon...”

Apoyo para futuras intervenciones.

Las reflexiones no solo son de utilidad para el terapeuta durante la sesión terapéutica, sino también posteriormente a ella, no solo con el mismo cliente sino también con otros clientes en situaciones similares, así como para los miembros del ER en sus sesiones individuales con sus clientes:

“...me dan muchas ideas de cómo seguir trabajando, incluso ideas que se pueden seguir trabajando en las siguientes sesiones...”

“...yo creo que el equipo puede ser una herramienta tanto para el terapeuta, de poder ver más cosas durante la sesión como un apoyo para las futuras intervenciones...”

“...a veces cuando uno esta del lado del equipo puedes tener o haber tenido un caso parecido o que en algunas cosas se conecte con el caso que se esté tratando en esa sesión y también cuando tu das los comentarios, las reflexiones a veces también te vienen muchas ideas que tu puedes llevar a tu terapia con tus clientes...”

“...yo me puedo apoyar en cualquiera de mis compañeros, para mí es poder abrir otras opciones que puedo seguir retomando en las sesiones posteriores...”

“...el ER le aporta muchas herramientas al terapeuta para futuras intervenciones...”

4.2.2 Para los clientes

La percepción del ER sobre el problema del cliente.

Es claro para el cliente que el equipo percibe de otra manera su situación y por lo tanto puede sentirse seguro de que puede facilitarse tocar ciertos temas con el

equipo cuando llegue a la sesión, además de poder entrar en ese proceso de reflexión al momento que el equipo le ofrece otro punto de vista sobre su situación:

“...con el equipo me doy cuenta que lo perciben de otra manera, que son puntos de vista distintos... a veces no busco la manera de cómo decir algo y espero hasta que llegue la terapia para decirlo, no se trata de acusar o exhibir, es solo tocar puntos en los cuales se nos hace difícil, porque están cargados de sentimientos de recuerdos, entonces muchas veces es más fácil tocarlo en la terapia.”

“Cuando escucho al equipo entro a una parte de reflexión, es decir, lo que yo estoy haciendo creí que tenía tal intención, “x” intención, y resulta que desde otro punto de vista eso puede tener una intención “y”,.... creo que a raíz de las terapias hemos ido puntualizando la relación familiar y que lugares ocupamos dentro de la familia, responsabilidades y todo lo que conlleva.

Ellos me hacen reflexionar cuando yo expongo un problema, el ver como ellos lo están percibiendo, creo que ahí hay una parte reflexiva.”

Brindar una nueva perspectiva del problema.

Para el cliente el trabajar con el equipo es otra manera de interactuar y obtener de él, reflexiones que le ayudaran en su proceso:

“Es otra manera de interactuar, es como una obra de teatro, claro no es una farsa, pero como una obra de teatro en la que los autores pueden interactuar con el público, donde tu puedes ser parte del publico y puedes escuchar, y en donde al momento que el equipo hace sus reflexiones te ayudan a reflexionar a ti.”

Acorta procesos.

Desde la experiencia de los cliente el equipo resulta ser de ayuda ya que reduce el tiempo del proceso y escuchan múltiples perspectivas obteniendo resultados favorables:

“...yo lo recomendaría desde mi experiencia a los demás, diciéndoles que me ha dado muchos resultados muy positivos en tan corto tiempo y considerando en que todas las problemáticas son diferentes es el tiempo que se puede tomar también para ver resultados...”

Comparación entre sesiones individuales y con ER.

La diferencia con respecto al trabajo individual y con ER dejo ver lo útil que puede ser, empezando por hacer notar que se acorta el número de sesiones, que se tienen muchos más puntos de vista que no se tienen en sesión individual y que esto de alguna manera contribuye a mejorar las sesiones en menos tiempo y con buenos resultados:

“Se avanza demasiado, porque se van identificado muchas cosas, cuando se trabaja solo cliente-terapeuta, hay cosas que se pueden escapar y que cuando se trabaja con equipo cualquiera de los miembros lo puede tomar en cuenta...”

“De manera personal, a mi me gustaría tener todas mis sesiones con equipo, encuentro diferencias de cuando yo trabajo con una familia yo solo o con un cliente yo solo, entre estas esta la más obvia que no estoy con otras personas físicamente en la sesión, que no tengo la posibilidad de escuchar otras voces...”

“El haber trabajado con el grupo a acelerado esta situación de mayor entendimiento, de mayor armonía en la casa, yo creo que a lo mejor de no haber trabajado con el equipo si hubiera existido ese rompimiento o la mejor estaría todavía en el proceso de tratar de armonizar la situación, tal vez todavía estaríamos teniendo discusiones, para mi mucho más rápido haber trabajado con el equipo, te enriquece el hecho de tener más terapeutas, se va nutriendo uno como persona al escuchar varios puntos de vista.”

Diferentes voces.

Las reflexiones parecieran ser un eco que produce un efecto en el cliente al momento que escucha todas esta diversidad de ideas y opciones, abriendo nuevos horizontes en cuanto a las soluciones que tiene a su alcance, incluso de manera inmediata o una vez que estas encuentren relación fuera de terapia con otras situaciones:

“...creo que por la multiplicidad de voces puede ser muy enriquecedor para la persona...”

“...qué pasaría si incluyéramos a alguien con otra profesión dentro del equipo, por ejemplo un médico con respecto a la problemática que este viviendo la persona, quizás su punto de vista medico insertado dentro del ER le pudiera dejar algo mas a la persona.”

“...yo creo que el equipo puede ser una herramienta como para la gente poder en un momento dado tener muchos más elemento que a veces una sola voz no te puede dar...”

“Con los comentarios de los terapeutas me di cuenta que había más formas ‘amigables’ de poner en claro mi situación o mis puntos de vista, ha arreglado mucho las situaciones dentro de la casa y ay más armonía en la misma fue como poner los puntos sobre las i’s...”

“Las reflexiones me ayudaron a enfrentar lo que se tenia que enfrentar, para bien o para mala, en este caso más bien para continuar en una situación o definitivamente darlo por terminado. De acuerdo a si te conviene o de plano buscar otros horizontes y esto no es para mal. Yo en lo personal me ha servido para dejar en claro mis puntos de vista...”

“...yo trato de estar siempre abierto a todos los comentarios que ellos me hacen porque me han servido.”

“...cualquier comentario que ellos hayan expresado yo siempre he considerado que son para tratar de que tanto ellos como yo mismo sepan mejor que esta originando cierta situación”

“...las dudas que a ellos les surgen de a cuerdo a lo que voy comentando porque a mi eso también me ayuda a ubicarme en mi situación, también hacerme sentir la motivación de lo que hago o digo o incluso de lo que no hago o digo...”

Las reflexiones pueden llegar a tener efecto de manera inmediata o demorada (una vez que se encuentran en su entorno pueden tener un eco y retomarlas en ese momento) en los clientes:

“...Por la experiencia que he tenido probablemente allá reflexiones que sean como más inmediatas en la persona, incluso a veces he visto que el cliente o el usuario prácticamente empieza a conversar con algún miembro del equipo, pero no creo que las otras reflexiones las deje tan de lado, quizás en ese momento no le son “tan útiles” para ese momento, pero desde el momento en que esta escuchando otros temas que están junto con lo que le sirvió en ese momento probablemente ya cuando regrese a su entorno, estas reflexiones tengan algún eco y puedan regresar...”

“...y además yo siento que el trabajo del equipo a veces sería más útil cuando en el sistema de terapia de los participantes, quienes estamos tomando parte en la conversación terapéutica creemos que es importante invitar otra voz, otros terapeutas otras voces involucradas en la problemática...”

Se refleja en otros.

El equipo también es de utilidad para el cliente cuando este último forma parte del mismo, ya que de alguna manera puede sentirse identificado con la situación,

ayudándole a verse a si mismo de otra manera y que pueda comprender mejor su situación:

“En una ocasión que para mi fue una experiencia grata, interesante también, me invitaron a participar en el ER con una familia, fue muy retroalimentante para mi también, era una familia con un joven de veintitantos años, cuando yo externo mi punto de vista como yo lo había percibido (el problema de esta familia) yo me reflejé, y me di cuenta de que a lo mejor yo estaba tratando a mi amigo como un adolescente y no como un adulto, entonces eso fue una retroalimentación para mi. Incluso yo di mi punto de vista como hijo.”

Alternativa de escucha.

Se puedo notar incluso que el equipo es de utilidad aún cuando solo se encuentre en la posición de escucha, ya que el cliente aún cuando solo fuese escuchado por el equipo le hace sentir confianza, desahogo y apoyo, y esto puede ser suficiente para algunos:

“...escuchamos al cliente y eso ayuda porque se siente escuchado, acompañado y apoyado ...”

“...yo creo que también hay una parte muy importante que les ayuda a validar su historia, a sentirse escuchados no solo por una persona sino por varias personas por un grupo de terapeutas que están ahí atentos escuchándolos, es muy importante para los clientes, se sienten muy escuchados, validados, comprendidos, muy apoyados por el equipo porque nos lo han dicho “ es muy agradable sentirme escuchado y comprendido por tanta gente”.

“...el cliente escucha diferentes puntos de vista, que el cliente no es escuchado solamente por una persona sino por dos, tres, ocho, porque para los clientes es importante que los escuchen...”

“... no es lo mismo hablar tal tema con “x” persona a hablarlo con el ER.”

“A veces se dirigían por lo menos conmigo a decirme que les agradaba escucharme, que me querían conocer hasta donde yo quisiera, y cosas así. Te hacían notar si venías diferente en cuanto a actitud que otros días. Y te ayudan estos comentarios dependiendo del como vayas anímicamente en ese momento...”

“Son personas que te ayudan en ese momento en que piensas que nadie te puede ayudar, ayudan incluso simplemente escuchándote, hacen comentarios acertados y te hacen preguntas que quizás yo nunca las hubiera preguntado.”

“...lo que me gusta de trabajar con ER es que es un espacio donde se construyen cosas muy padres en el sentido de que el cliente es escuchado pero también escucha, y nosotros como terapeutas escuchamos pero también somos escuchados y así mismo el equipo escucha y es escuchado cada uno en sus tiempos...”

Oportunidad de escucharse.

El equipo también ofrece la oportunidad de que el cliente o el sistema familiar del mismo tengan la oportunidad de escucharse entre sí, lo que les permite verse así mismos de otra manera:

“Ahora si la problemática es otra, cuando los miembros de la familia o la pareja, etc, forman parte del equipo, es para que se permitan ponerse en una posición de escucha, que a veces por muchas vicisitudes, por muchas situaciones no han podido tener un dialogo entre ellos, entonces les permite escuchar lo que esta diciendo el otro, sin interrupción, sin pensar otras cosas sino simplemente escuchando.”

“...te pongo un caso de una familia con la que trabajamos hace ya tiempo donde uno de los pacientes falleció, en una ocasión vino su hermana y su cuñado y ellos decidieron formar parte del equipo, entonces los comentarios que surgieron de parte de ello una vez que le toco intervenir al ER fueron ‘que privilegio poder estar aquí y

poder estar sentados escuchando lo que dice mi hermano (la persona que falleció posteriormente) porque yo nunca pude escucharlo ni verlo de esa manera como lo vi ahora', entonces para el mismo cliente fue interesante escuchar este comentario por parte de su hermana desde el ER lo que les permite escucharse y verse así mismos de otra manera, tienen la oportunidad de interactuar con el otro de otra manera distinta y esto es interesante.”

Retoma lo que le es útil.

Se pudo constatar que las reflexiones en el cliente tienen un impacto importante, y que las siguen retomando hasta el momento, aún cuando la terapia haya concluido:

“...muchas veces ellos mismos van a compartir sus experiencias y puntos de vista y yo voy retomando sus comentarios y te van retroalimentando.”

“...el cliente retoma lo que le guste o lo que le llamo la atención o lo que le lastimo o lo que le hizo sentir coraje o algo que le haya movido, y el habla acerca de eso, ya que retoma todos los comentarios que le funcionaron, que quiso tomar del equipo...”

“El trabajo del equipo es como cuando participe en un grupo de auto apoyo, la dinámica que se lleva ahí es la de compartir experiencias, y hasta la actualidad aún recuerdo y retomo los comentarios y las experiencias de los otros miembros del grupo y las aplico en mi caso. Así es el trabajar con el ER. “

“Me gusto porque hasta el momento sigo retomando cosas que se trabajaron en la terapia y que en su momento también me sirvieron...”

Perfil del ER.

Para algunos clientes el perfil del ER no tenía mayor relevancia para su intervención, sino solo la experiencia que pudiera compartir con ellos:

“...considero que solo es la experiencia del participar en el equipo, ni sexo ni edad considero que tendrían que ser importantes. “

“Hasta este momento ellos cubren mis expectativas, incluso el perfil que ellos tienen...”

Uso del lenguaje.

Para el cliente el lenguaje que no juzga es importante, más aún el ser escuchado y que se le ofrezcan opciones de solución a su problema:

“...no necesariamente el terapeuta tiene que decir que esta “bien” y que esta “mal”, sino más que nada escuchar y ofrecernos diferentes formas de ver el problema...”

Inclusión de miembros.

La inclusión de miembros que formen parte del problema en el equipo, así como aquellos que pudieran tener casos similares y pudieran ofrecer diversidad de ideas podría hacer que el equipo sea más interesante para el cliente:

“...me comentaron que la idea de trabajar con ellos era tener más de una opinión, y comentar sobre las situaciones que se fueran presentando durante las sesiones para ver diferentes puntos de vista, a lo mejor alguno de ellos tenía un caso similar y comentaría lo que ha hecho, una explicación diferente o que profundizaran en un tema en especial...”

“Me parece interesante, porque la idea fue integrar a todas las personas que estaban involucradas en la problemática...”

Número de miembros en el ER.

Para uno de los participantes si era importante que el número de integrantes en el ER no fuera excesivo para que la dinámica se pudiera llevar a cabo:

“...no puedes meter a 10 personas porque no se podría hacer la dinámica. Conmigo siempre estuvieron en promedio 7 personas y no me genero nunca ningún problema.”

4.2.3 Para los terapeutas miembros del ER

Inclusión de miembros.

Si bien para el terapeuta y el cliente es importante la inclusión de miembros en el ER para tener esta diversidad de voces, para el mismo equipo también lo es, ya que a ellos también les facilita el trabajo para sus intervenciones el escuchar a otros miembros del mismo:

“...la diversidad de profesiones en el equipo podría hacer que un psiquiatra estuviera presente en el equipo y esto haría más fácil la labor del equipo para saber como intervenir o a donde canalizar.”

“...al interior del equipo yo creo que esta “plasticidad” que podemos tener de ser desde 2 a más miembros, yo creo que el conjugar experiencias, conjugar puntos de vista yo creo que es muy útil, algo que yo en lo particular he pensado es que a los miembros del equipo también les es muy útil escuchar las reflexiones de otro elemento, porque si bien contestamos sobre la marcha de la sesión estamos dialogando con nosotros mismo...”

Utilidad de las diferentes voces.

La utilidad de las diferentes voces también beneficia al ER además del terapeuta y el cliente:

“Incluso no solo sirve para el cliente o para el terapeuta todas las reflexiones que se hacen desde el equipo, sino también le sirven a los mismos miembros del ER., la conversación nos incluye a todos, y eso hace que lo que ahí se comente sea de utilidad para todos...”

4.3 Ventajas

4.3.1 Para el terapeuta que entrevista.

Evocando voces.

El terapeuta tiene también la ventaja de que una vez que ha trabajado con ER en sesiones anteriores, puede trabajar en otras ya sin la presencia del mismo, facilitando la sesión con grabaciones o cartas que el equipo le facilite a partir de que el terapeuta lleve su caso ante ellos en situaciones ajenas a la terapia o simplemente recuerdos de reflexiones en sesiones anteriores que lleve en ese momento el terapeuta a la sesión con el cliente:

“Tiene un sin fin de ventajas ya que se puede, cuando esta ausente el cliente, grabar al equipo cuando están dando sus reflexiones ya sea audio o video, pueden redactar entre todos una carta, etc, y todo esto se le presentárselo al usuario en la próxima sesión, Incluso pensando en que no es cuadrado el ER puede no estar presenten, se pueden evocar esas voces, pensar por ejemplo, “si estuviera aquí fulano, qué diría al cliente”, “si estuviera aquí zutano qué pensaría”, etc.”

Llevar las voces a otros.

Otra ventaja de trabajar con el equipo es que las reflexiones que se emiten, los clientes las pueden llevar y transmitir por medio de ellos mismos a personas que no se encuentran físicamente presentes en las sesiones terapéuticas, pero que de alguna manera están involucradas en el problema:

“...quizás esa reflexión se la lleve la persona no tanto para si misma, sino para su hijo o para el resto de los hijos no se, y quizás es un punto de vista que la usuaria no haya tenido en otro tipo de sesiones, yo creo que incluso este tipo de sesiones puede ir más allá de la misma persona...”

4.3.2 Para los clientes

Número de reflexiones.

Representa una ventaja la cantidad de reflexiones que el cliente pueda llevarse consigo mismo en tan poco tiempo y que podrá aplicar en su contexto:

“...una de las grandes ventajas para el usuario es que en una hora de trabajo puede llevarse un “n” cantidad de reflexiones, que estas quizás ya cuando este nuevamente en su ambiente pues puede retomar muchas de esas cosas que se vieron...”

Flexibilidad en la estructura de la dinámica.

El ER puede ser tan flexible que se tiene la oportunidad de sugerir cambios en la estructura de su dinámica para la comodidad del cliente:

“Solamente el cómo se estaba llevando la dinámica, tanto que por ello pedí que se cambiara porque había muchas cosas que olvidaba de todo lo que comentaban entre ellos. Yo les dije que mejor me preguntaran directamente a mi en vez de hablar en tercera persona, además eran varios y me era imposible responder a todos los comentarios de todos. Incluso cambio la manera en que nos sentábamos, ya no era los titulares y yo en un lugar y el resto un poco alejados de nosotros como público observando, terminamos formando un círculo, y entonces conforme se iba dando la sesión iban interviniendo.”

“...cuando comenzamos la terapia como familia y posteriormente terminé yo solo y cuando esto sucedió yo comenté que se cambiara la dinámica de la terapia, al principio ellos preguntaban sobre la marcha y yo respondía conforme me acordaba de la pregunta y sugerí que fuera intercalado, es decir, me hacían una pregunta y yo daba una respuesta, y así durante toda la sesión. Esta nueva dinámica me daba oportunidad de responder más a comparación de la otra forma en donde solo respondía a lo que me acordaba.”

“...fue algo nuevo para mi en toda la extensión de la palabra, la experiencia fue bastante buena en el aspecto de que el equipo siempre fue cambiando, es decir, sólo se quedaban dos personas como base y las demás siempre eran diferentes, pero como yo sabía que eran personas profesionales en su trabajo por lo mismo nunca tuve ningún problema al respecto, nunca me molesto aunque siempre al principio me sacaba de onda ver a alguien nuevo de sesión a sesión, yo sólo me dedique a continuar con la terapia con lo mucho o lo poco que hice en terapia lo hice sin fijarme en quien eran las personas nuevas.”

4.3.3 Para los terapeutas miembros del ER

Inclusión de miembros.

Un participante del equipo mencionó lo flexible que puede ser este al permitir esta diversidad de miembros al mismo para mejores resultados:

“...una de las cualidades, ventajas y virtudes que tiene el ER es esa, no es algo cuadrado, sino que hay muchas posibilidades de equipo, donde haya psicólogos, sociólogos, médicos, psiquiatras y así poder tener mejores resultados”

Flexibilidad para expresar y reflexionar.

También existe la posibilidad de que no necesariamente todos los integrantes del equipo “tienen” que emitir su reflexión durante la sesión terapéutica si no tiene alguna en ese momento:

“...también siento como una ventaja, igual no es necesario que tenga que hablar, o incluso de entrada si no tengo una idea, sobre la marcha con los comentarios de los demás me puede surgir alguna idea y entonces puedo expresarla después, como que el trabajo en equipo tiene ventajas, uno, no es necesario que tenga que hablar puedo estar como en ese estado de reflexión continua sin decir alguna reflexión, me siento como eso, como un equipo y

finalmente aunque no hubiera una idea me puede surgir como muchas a partir de los comentarios de los demás.”

4.4 Desventaja

4.4.1 Para el terapeuta que entrevista

Negativa a trabajar con el ER.

Puede existir la posibilidad de que el cliente no quiera en algún momento trabajar con el ER y esto se puede deber a los participantes, a que no se establezca el *rapport* con el cliente antes de trabajar con el equipo:

“...que el cliente no quiera”

“Yo creo que depende de las habilidades del terapeuta haciendo su intervención, del como lleve la sesión, del que sepa vender la idea al cliente del ER, para que el cliente se sienta atraído por esas propuestas, y una limitante en ese sentido yo creo que sería una no adecuada dirección del terapeuta hacia lo que esta haciendo en la sesión. Es un trabajo en equipo, sin embargo si hay un momento en el que el terapeuta puede estar separado del equipo. “

“Cuando el cliente o la familia no desea trabajar con él, cuando se sienten intimidados o cohibidos por exponer su problema o su vida a más de un terapeuta, pero en cuanto conocen el trabajo del equipo ellos mismos piden trabajar con él.”

“También que el cliente no quisiera trabajar más que con el terapeuta, porque puede sentirse incómodo con tanta gente.”

“Esto también pudiera deberse a que no se estableció el clima de confianza el “rapport” como para que la gente pueda hablar de si misma, vamos yo creo que

esta en la libertad de poder decir sabes que me siento incomodo o no me siento no me siento tan a gusto frente a ciertas personas, creo que se podría tomar o no, no lo se, yo creo que tendría que quedar más a consideración del terapeuta guía, pero si de antemano la persona sabe en que consiste el trabajo del equipo y puede obtener resultados, yo creo que sería ya un caso muy extremo el que pudiera decir que no quiere trabajar con el equipo, yo no lo he visto aunque si lo he pensado que quizás de repente pueda haber algo que lo haga donde no lo quiera compartir con el resto...”

Abrumadora vs. riqueza del ER.

Puede llegar un momento en el que las reflexiones del equipo puedan ser demasiado extensas y en gran cantidad y esto puede llegar a ocasionar que el terapeuta y el cliente se sientan abrumados contrario a sentirse beneficiados al escucharlas:

“...la riqueza del equipo se podría perder si los comentarios los hicieran muy largos, que las reflexiones no se extiendan demasiado, y si son muchos los participantes del equipo, estoy pensando en un grupo de 15 personas, para que hablen 15 personas a la mejor tomaría 30 o 40 min. las reflexiones y para mi es demasiado, incluso para los usuarios, siento que se perderían en medio de tantas reflexiones, para mi lo ideal es

que se conformara de 2 a 5 personas máximo pensando en el tiempo de participación pero uno de mis temores es que de repente oigo al equipo y lo oigo con tantas cosas, tantos comentarios, y riquezas, que de repente mi temor es que nos perdamos entre tanto, o que el cliente se sienta abrumado...”

Desconocimiento de los lineamientos.

Un temor que puede existir por parte del terapeuta que entrevista es que los miembros del ER no respeten los lineamientos básicos³ de como trabaja el equipo y que esto pueda ser perjudicial para la sesión:

“...que a lo mejor las personas que van a integrar al equipo reflexivo no cuenten con este conocimiento del como se trabaja dentro del mismo y durante la sesión terapéutica, es decir, que a lo mejor no estén utilizando un lenguaje tentativo, que no sean respetuosos con el cliente...”

“...Algo que se me ocurre en este momento que podría estar obstaculizando el objetivo del ER es cuando los miembros del mismo no tienen los “lineamientos” o las “reglas básicas” del trabajo o el objetivo que persigue el ER, cuando desde un principio no se deja en claro en que consiste la participación del equipo, puede suceder que alguien dentro del equipo este dando juicios y que dentro del mismo equipo los miembros empiecen a contraponer las reflexiones, a crear como un problema en el equipo, es decir un problema de comunicación...”

Rehusarse a trabajar con un miembro del ER.

También se observó que puede llegar a suceder que el cliente por alguna razón no quiera trabajar con algún miembro en especial del ER lo cual puede chocar con el proceso:

³ Para consultar los lineamientos básicos del ER véase Lax, W (1995) Offering Reflections. En: S. Friedman (Ed) , *The Reflecting Team in Action*. Pag. 145 – 146. New York, NY. Guilford Press.

“...Hasta ahora te hablo de la experiencia que yo he tenido, donde el cliente dice que si desea trabajar con el equipo mientras yo en lo particular no este como miembro en el mismo, en ese momento fue una situación tan novedosa que no la supimos rescatar tanto como para que fuera una parte para trabajar con el cliente, entonces lo que hice fue salir del equipo y dejar que esto siguiera fluyendo, yo hasta el momento te puedo responder con eso, que hay veces que a lo mejor por alguna circunstancia y vuelvo a mi postura moderna, a esa postura clásica, yo creo que por algo no le fui grato al cliente y eso de algún modo iba a chocar con el proceso, al termino, se hizo una meta de la meta reflexión y salieron varias cosas, yo hasta ahora te puedo decir eso, que si hay algo de la persona o de la “personalidad” de la persona que no le sea grato al cliente yo creo que seria un punto débil para el proceso del ER...”

Número de miembros en el ER.

Uno de los participantes sugirió, a partir de su experiencia, para sentir confianza de hablar ante un grupo de personas, cuál podría ser el número de participantes en el ER: *“Pues mínimo por lo menos 2 para que pueda haber una conversación máximo 7 y tal vez ya sea muy excesivo porque en una ocasión eran 6 y la familia se sorprendió porque para ellos eran demasiados y les costó trabajo abrirse a hablar.”*

Infraestructura.

Otra desventaja para trabajar con el ER puede ser las condiciones de organización de la institución como la disponibilidad del equipo y sus honorarios:

“...tampoco es posible trabajar todas las sesiones con el ER dada las condiciones de trabajo de la fundación desde la propia organización...”

“Otra cosa también que puede dificultar el trabajo es, que no todos tienen acceso a trabajar con el equipo por los horarios de los terapeutas, por los honorarios de los terapeutas, cuando se está en una institución en la que se trabaje de esta manera, eso lo dificulta, en ese caso donde no se puede trabajar con equipo se procura trabajar una o dos sesiones ayudando lo más que se pueda en esas sesiones.”

4.4.2 Para los clientes

Económica.

Una desventaja que se puede presentar para trabajar con el ER es no contar con los recursos económicos para cubrir los honorarios de los terapeutas:

“Por otra parte, si bien el trabajar con el ER es muy útil, los costos en un país como el nuestro es una desventaja, porque son muy altos, aquí en la funda es un lujo el trabajar con el ER porque contamos con muchos voluntarios, porque es un trabajo de entrenamiento para los psicólogos que están haciendo practicas, y porque se cuenta con un apoyo económico por parte de los proyectos subsidiados, lo cual hace que aquí en la fundación no paguen por trabajar con el ER, pero por fuera y de manera privada el costo es de aproximadamente \$ 600.00 u \$800.00 pesos mas IVA, porque hay que pagar los honorarios de los miembros del equipo, lo que hace que la gente pueda tener oportunidad de trabajar con el equipo.”

4.5 Cambios

4.5.1 Para el terapeuta que entrevista

Cambio de actitud: al conocer el trabajo del ER.

Puede suceder que al principio el trabajo con el ER, puede generar incomodidad, sin embargo una vez que se conoce el objetivo de la misma se puede aprender de ese trabajo:

“Al principio se me hacia muy raro, me hacia sentir incomodo, pensé que estaban ahí para evaluarme, para criticarme o para hacerme comentarios negativos, pero en cuanto conocí el trabajo del ER me encantó, tanto que ahora siempre quiero trabajar con equipo.”

“...yo creo que esa es otra característica importante dentro del equipo que como terapeuta me ha enseñado a ser muy abierto y no ser tan soberbio al pensar que mi realidad no es la única realidad valida además, yo no creo eso, yo creo que mi realidad es tan valida como la de cualquier otra persona del equipo que esta conmigo, es una realidad más la mía, yo creo que el equipo me ha enseñado eso.”

El terapeuta solo facilita el proceso.

Sin embargo, a pesar de ver todas las ventajas y la utilidad que el ER brinda tanto al terapeuta como al cliente y a los mismos miembros del equipo, se piensa que los cambios que el cliente pueda llegar a tener no dependerán del ER ni del terapeuta, sino de los recursos con los que cuente el cliente, ya que los terapeutas solo facilitan el proceso y comparten sus saberes y experiencias:

“...quiero ser honesto, los cambios que vemos yo creo que se deben principalmente a ellos, a los recursos con los que cuentan, y sobre todo a los cambios en su vida, los cuales no tienen que ver directamente con la terapia, yo como terapeuta solo facilito procesos pero ellos son los únicos responsables de esos cambios, yo me veo así mismo como un invitado a la vida de los clientes en algún momento para facilitar algunos procesos, a facilitar que se tengan ciertos tipos de conversaciones pero nada más. Mi única responsabilidad es facilitar esos procesos incluso en estos procesos también yo cambio, aprendo mucho de mis clientes, de sus vidas, de lo que están

haciendo, yo creo mucho en la idea de que “los clientes enseñan y el terapeuta aprende”, aún siendo miembro del ER también aprendo y cambio, porque nosotros no enseñamos, sino todo lo contrario, y también creo que se trata de compartir las cosas, los saberes.”

“... los cambios dependen también de la fortaleza de cada persona para “sanar” esas cuestiones internas por las que llegan aquí y que no son nada sencillas de hablar.”

Indagar para conocer los cambios.

La manera más fácil y segura que tiene el terapeuta para saber si hubo cambios y cuáles fueron en el cliente es preguntándole de manera directa y observando sus actitudes en la sesión para corroborar si los hubo:

“Preguntando de manera directa al cliente, observando lo que sucede, esos cambios en el, preguntando cómo se siente, en mi, viendo el resultado y el cambio en mis clientes, incluso en la manera en que ahora planteo las preguntas y reconociendo las habilidades que he adquirido.”

“Monitoreando los procesos principalmente, preguntándoles a los clientes ¿cómo vamos?, ¿cómo te has sentido?, ¿piensas que el trabajo que estamos haciendo es útil?, ¿esto que estamos haciendo te está sirviendo, te está ayudando?, ¿cómo es que te está ayudando esto?, ¿cómo te está sientiendo útil?”

“...dentro de lo que es la estructura de la sesión, cuando el terapeuta pregunta al cliente como se sintió? lo refleja en la postura o en lo que dice, cuando por ejemplo dicen, “a sí, lo que dice fulanito a mi me ha pasado”, o al final cuando le preguntan que le pareció dicen “me llevo muchas cosas para reflexionar” o “me llevo tarea”, o “no lo había visto de esa manera”, esas verbalizaciones que los clientes hacen son las que a mi me han indicado que efectivamente está funcionando, desde que te mencionan “es que no lo había pensado así” quiere decir que está viendo otras maneras y que además se están conectando con algo que ellos realmente están

viviendo, y ven esa parte diferente y eso implica un cambio, que ya hay otra manera de ver las cosas.”

“Yo creo que ellos tienen que hacer ciertas evaluaciones, ir preguntando a los usuarios, qué les pareció la sesión, cómo se sintieron, y ellos mismos tendrían que saber si es o no necesario preguntar sesión tras sesión lo mismo”.

“...hay gente que comenta que se siente bien trabajando con el equipo, y si se siente bien para mí es un indicativo de que se puede seguir trabajando con él y que se notan cambios...”

4.5.2 Para los clientes

Cambios en la relación con otros.

A partir del trabajo con el ER se observaron cambios importantes, se notaron mejorías en la relación con los otros y la posibilidad de hablar de lo que antes no se hablaba:

“...hay más tolerancia por parte de la otra persona, más que una situación de ruptura o término, fue como transformar la situación, me ha ayudado a controlar mi carácter, y todos estos cambios son a raíz del trabajo en terapia con el ER.”

“Son demasiado impactantes sus reflexiones, ha habido muchas mejorías en la relación con mi amigo, en la relación familiar, hay mucho más respeto, tolerancia, podemos hablar de lo que nos gusta de lo que no, de lo que esperamos o de lo que dejamos de esperar.”

Avances en la vida personal.

Se reportaron avances en la vida personal y familiar de los clientes:

“Tiene como un año que hemos trabajado con el equipo, pero como en todo proceso siempre están habiendo cambios y desde la primera sesión es interesante saber hasta donde puedes llegar y que se pueden rebasar las expectativas, mis expectativas.”

“Me siento muy bien, muy contento, he sentido y he visto avances en mi vida personal y familiar, y eso es algo tangible, no solo el como te sientes sino también el como lo perciben los demás, la comunión con la que vivo en mi casa y conmigo mismo.”

Resultados tangibles.

Los resultados que se observaron después de haber trabajado con el equipo fueron palpables, de acuerdo a lo reportado por los mismos clientes fue de ayuda para ellos el haber escuchado al equipo durante sus sesiones terapéuticas:

“Nunca he estado con un ER diferente, no se si otros llevan otra mecánica, solamente conozco la que llevo con ellos y me parece bien, no solo porque me siento bien durante la terapia, sino porque los resultados pueden ser palpables.”

“...por lo menos a mi mamá ... yo considero que por lo menos la terapia si le ayudo, vaya, a final de cuentas la terapia es una ayuda y si te están ayudando pues a como te ayuden pues tómalo también y a sacarle provecho a lo más que se pueda.”

“Yo tuve un cliente, al que deje de ver y después de eso me escribió un correo en donde me informaba que iba avanzando muy bien, me decía que le ayudo mucho el haber escuchado al equipo. Tengo otra cliente que ha reportado que los comentarios del equipo le han ayudado mucho.”

Testimonios.

Los testimonios dejan ver los avances en las vidas de los clientes a partir de escuchar las diferentes opciones que tenían con respecto a sus problemas, las

mejorías en sus relaciones con los otros así como la tolerancia y respeto que pueden reconocer ahora por parte de ellos y de los involucrados en la situación:

“...tenemos unos pacientes, los cuales están trabajando con una de mis compañeras de manera individual, y los junto en terapia para trabajar con el ER, durante la terapia ellos se escucharon demasiado uno al otro, había momentos en los que uno hablaba demasiado y parecía que todos los problemas eran de él y el otro solo venia acompañándolo, llego el momento en que le toco hablar al otro y paso lo mismo, así fue durante el proceso de terapia, hemos visto muchos cambios en ellos, significativos para ellos, han dado pasos grandes, comentando que ya no se sentían tan mal uno de ellos, el otro ya estaba buscando trabajo...”

“Los mismos clientes terminan diciendo “ es muy bueno venir con ustedes, ustedes nos dan muchas opciones, nos sentimos muy a gusto, hemos avanzado mucho, etc”, con eso sabemos que están a gusto trabajando con el equipo, que hay buenos resultados...”

“Los resultados son óptimos tanto para el cliente como para el terapeuta, lo sé porque lo he visto y me lo han dicho en lo que se refiere al cliente...”

“Les agradezco a todas las personas que han estado en el equipo, ambas partes nos beneficiamos, pero obviamente soy yo el mayor beneficiario porque me han ayudado a mejorar mi calidad de vida, su trabajo no tiene precio.”

“Solo es cuestión de que sigan estudiando, que se sigan preparando para que sigan haciendo bien su trabajo y nos sigan ayudando a cambiar como hasta ahora. Lo importante es que no haya un alumno ni un profesor que tenga algo que enseñar, porque eso ya no va a ayuda, no hay maestros ni alumnos.”

CAPITULO 5. CONCLUSIONES

Aportaciones finales.

Los resultados de este estudio se ubican desde la perspectiva de clientes y terapeutas, como el efectuado por Miller y Lax (1988). Estos resultados constituyen una descripción de las experiencias de los miembros de familias que viven con VIH/ SIDA, los terapeutas que entrevistan y los que conforman el ER a partir de su trabajo en la terapia familiar.

Esta investigación se circunscribe en el marco del contruccionismo social, debido a que se centró en las interacciones de terapeutas y clientes, constituyó una indagación comunal mediatizada por el lenguaje (Gergen, 1992).

Se observó que el trabajo con el equipo durante las sesiones resultó ser novedoso para los terapeutas y clientes. Para el terapeuta fue una experiencia novedosa porque su formación se centra en una postura filosófica y conforme se realiza la práctica se va haciendo una combinación de ambas, resultando así una práctica ecléctica. Con el equipo, los terapeutas tuvieron un enfoque diferente dentro de lo que habían venido trabajando en sus sesiones terapéuticas, una forma diferente de ver el “problema” y darle una respuesta al mismo, facilitando de esta manera su intervención en la terapia, independientemente de la formación o postura filosófica que cada uno de ellos tuviera. Asimismo los clientes se mostraron sorprendidos ante la modalidad de trabajar con varios terapeutas en el mismo espacio y al mismo tiempo. Cuando los terapeutas y clientes vivieron la experiencia de trabajar con el equipo dejaron de lado las sensaciones de nerviosismo, inseguridad y miedo, ya que como lo mencionaron ellos mismos los miembros del equipo no estaban ahí para juzgarlos, criticarlos o agredirlos con sus comentarios. Lo cual es una muestra del clima generado por los lineamientos que propone Andersen (1994).

Un aspecto interesante que se encontró fue que el equipo ayuda al terapeuta en su entrenamiento y formación por las aportaciones que éste hace

durante las sesiones terapéuticas como lo refiere Anderson (1999) citado en Licea, Paquentin y Selicoff (2002).

Además sin la presencia del cliente las aportaciones del ER sobre el trabajo del terapeuta resultaron ser una supervisión para él mismo, lo que ayuda al terapeuta a mejorar su intervención en sesiones posteriores, esto se asimila a lo que Andersen (1987) menciona con respecto a cómo se puede emplear el ER. Así mismo esto es una forma de auto-supervisión como lo menciona Paquentin (2002) en Licea, Paquentin, y Selicoff, (2002), la sesión con ER puede constituir por sí misma material de supervisión, al ver trabajar a los colegas se ve una intervención, se aprende y se incorpora al estilo del terapeuta, de ello podría deducirse un proceso general que puede ser explotado para la auto-supervisión con el equipo.

Los datos indican que cuando los terapeutas se muestran atentos al relato del cliente, interesados en participar en el proceso, demuestran empatía e identificación le generan al cliente un clima de confianza. Estos hallazgos coinciden con la opinión de Gergen (1996), sobre la necesidad de establecer un contexto que facilite el trabajo terapéutico. Es decir, un clima en el que los clientes tengan la experiencia de sentirse escuchados, comprendidos y aceptados.

Se encontró que los clientes denominaron “terapeuta guía”, al terapeuta o psicólogo que entrevista al cliente o la familia durante las sesiones con equipo, refiriéndose como guía a quien lleva el rumbo de la terapia. Para los clientes es importante que el terapeuta con quien trabajan en sesiones individuales sea quien lleve las sesiones cuando se trabaje con el ER. Esto les brinda mayor confianza al pensar que la presencia del mismo da rumbo de hacia donde se puede estar dirigiendo determinado problema, y dar pie a lo que se va a tratar durante la sesión terapéutica, además que el equipo tenga una noción general de que es lo que se está trabajando en las sesiones individuales y así no perder el objetivo de sus demandas, lo cual tiene relación con lo mencionado por Andersen (1995).

Otro hallazgo, no encontrado en la literatura fue que los terapeutas mencionaron sentirse apoyados al trabajar con el equipo, ya que les brindó mayor confianza para llevar a cabo las sesiones, de tal manera que este trabajo no fue solo cliente – terapeuta, sino un verdadero trabajo en equipo, con el cual se sintieron mejor al trabajar de esta manera ya que sus sesiones solían ser más fluidas, se consideraron con más herramientas, así como con más opciones de trabajo que les proporcionaban los miembros del equipo con sus aportaciones. Incluso se sintieron apoyados cuando el sistema familiar se conformaba por varios miembros, pues el apoyo del equipo en ese momento hizo que no fuera desgastante para el terapeuta trabajar él solo con todos los miembros del sistema al mismo tiempo durante las sesiones de terapia.

Con respecto a la duración de los procesos con el ER, se encontró que estos se acortaban (White, 2002) por la diversidad de ideas y puntos de vista que se les proporcionaron durante la terapia, sin perder el objetivo de la misma y sin restarle importancia al trabajo del terapeuta. Por lo tanto el número de sesiones es menor que el trabajar de manera individual resultando ser menos desgastante tanto para el cliente como para el terapeuta ya que se acelera el proceso con el apoyo del equipo.

Por otra parte el equipo le abrió nuevas posibilidades al terapeuta para lo que considera como un “problema”, dándole un nuevo significado y soluciones para él mismo desde otra visión. Ya que le permite hablar desde su experiencia personal combinada con la profesional lo que en otros modelos o posturas (el Psicoanálisis, el Conductismo, la terapia Gestalt, etc.) no se realiza. Aquí se encontró que el terapeuta tiene la libertad de enriquecer la sesión con sus experiencias y así obtener mejores resultados al término de las sesiones, lo que lo hace más interesante no solo para el terapeuta sino para el mismo cliente. Esto concuerda con lo que Andersen (1994) señala, en el equipo se le permite a los terapeutas utilizar sus conocimientos y experiencia haciéndolas disponibles a los clientes.

El trabajo con el ER sugiere que la diversidad de voces, de ideas, reflexiones, etc., ofrece al cliente y al terapeuta una multiplicidad de opciones sobre las cuales se puede trabajar (Andersen, 1987). Parecieran ser un eco que produce un efecto en el cliente al momento que las escucha, dándole así, una perspectiva diferente del problema abriendo a su vez nuevos horizontes hacia las posibles soluciones, esto se asemeja a lo que Miller y Lax (1988) se refieren cuando mencionan que el ER es útil para abrirse ante las alternativas y a tener apertura ante las ideas de los demás, a ser sensibles a esta idea de las múltiples realidades y no ser tan soberbios al pensar que su “realidad” es la única.

Si bien el ER resultó ser una herramienta de apoyo para el terapeuta, también coincidieron en que algo que haría aún mas interesante al equipo es la participación personas con perfiles diversos: diferentes profesiones o especialidades, edad, género, persona en una situación similar o rol (padre, madre, hijo, hermana, etc.) como lo menciona Licea (2002) en Licea, Paquentin, y Selicoff, (2002). Ya que los diferentes puntos de vista, desde el lugar del cual se hace la reflexión, origina que la sesión se enriquezca aún más y que así se conecte con el cliente y tenga un impacto mayor en el mismo para generar un cambio, esto se asemeja a lo encontrado por Kleist, (1999) y Smith, Sells, & Clevenger (1994) . En contraste, para los clientes el perfil no tuvo relevancia, se encontró que lo importante para él era su experiencia y participación en el equipo.

También se observó que los clientes estuvieron atentos a las intervenciones que hacían y al lenguaje que empleaban los integrantes del equipo. De esta manera, los clientes percibieron que los terapeutas utilizaban un lenguaje que no les decía ni “bueno” ni “malo”, ni “juzga” al hacer sus reflexiones, coincidiendo con el supuesto teórico de Andersen (1987), que indica que las reflexiones deben tener la cualidad de posibilidades tentativas, no interpretaciones, o de juicios calificativos. Los clientes explicaron que a través de los comentarios, el equipo los hacía sentir que se abrían otras posibilidades. Estas posibilidades a las que se refirieron, fueron los comentarios sobre los aspectos positivos que algunos terapeutas retomaron.

Los cuales son un ejemplo de los procesos reflexivos señalados por Freedman (1996).

De acuerdo a los hallazgos, no existe un número “ideal” de sesiones a trabajar. Los clientes no consideran que tenga que haber un número de sesiones para ver un cambio, ya que algunos participantes desde la primera sesión notaron avances significativos, mencionaron que el número de sesiones puede depender de la problemática, incluso del cliente cuando éste considere que es suficiente para él o del como se sienta el cliente al estar frente a varias personas, consideraron que puede ir de acuerdo a la demanda del cliente y las necesidades del terapeuta.

Algo que se encontró que no se menciona en otras investigaciones es la responsabilidad que implica hacer del conocimiento del cliente que está cometiendo un delito cuando éste sea detectado. Además de la postura ética que han de tomar cada uno de los terapeutas cuando exista un delito que denunciar.

Por otro lado, se encontró que aún cuando los clientes no habían tenido ninguna experiencia terapéutica previa, se observó que el conocer en teoría sobre otras formas de trabajo si representó diferencias con respecto al trabajo con el equipo, no sólo por la manera en que hacen su intervención los miembros del ER, sino desde el lenguaje que utilizan para la misma y la manera en que se dan las diferentes opciones para la solución del “problema”, a las que no siempre están acostumbrados (Lax, 1994), pues en teoría se cree que el psicólogo es el experto y es quien dirá lo que es “bueno” y “malo” y lo que se “debe” o no hacer. El ER rompe con la noción de terapeuta experto (Andersen, 1987).

En relación a la terapia individual y con el ER se pudo conocer lo útil que puede ser el trabajar con el equipo, ya que pueden los miembros del mismo percibir puntos importantes durante la sesión que quizás un terapeuta que trabaja solo en ese momento no perciba. Además se acorta el número de sesiones que si se trabajara solo de manera individual. Se observó también que se tiene la posibilidad de escuchar otras voces y más puntos de vista que

no se obtienen en sesiones individuales y que esto de alguna manera contribuye a mejorar las sesiones en menos tiempo y con buenos resultados. Asimismo el trabajar con el ER enriquece tanto al terapeuta como al cliente por la diversidad de perfiles que en ese momento se pueden aprovechar (Griffith et al, 1992).

Como lo menciona Andersen (1987) además de una herramienta de apoyo también resultó ser una herramienta que desbloqueaba o “desatoraba” procesos en los que el terapeuta se sentía atorado cuando ya no encontraba otras opciones, el equipo les ayudo a ver de otra manera el problema y les brindo más oportunidades de intervención desde otra visión.

Los resultados señalan que el equipo es de utilidad para los clientes aún cuando solo se encuentren en la posición de escucha según lo reportado por los clientes, pues su presencia les hace sentir confianza y apoyo para desahogarse, para sentirse validados y comprendidos por el equipo y esto puede ser suficiente para algunos, como Andersen (1994) lo dice el cliente puede ponerse en la posición de habla o escucha y gozar de los beneficios que esto le ofrece.

Asimismo se constató que las reflexiones aportadas por el equipo tienen un impacto importante en el cliente, como lo mencionan Vega y Sesma (2002) en Licea, Paquentin, y Selicoff (2002), son voces que los ayudan a tomar decisiones, son voces o reflexiones tentativas y no dogmáticas, es decir que dejan posibilidades abiertas y no fijas o determinantes, son voces descriptivas en sus comentarios ya que igualmente dan pautas para que el cliente haga cosas que hasta el momento no había intentado, voces que siguen retomando aún cuando la terapia haya concluido. Aunque pareciera que al momento no tuvieran importancia para ellos. Incluso las reflexiones pueden transmitirse a otras personas que no participan directamente en la terapia, pero que de alguna manera están involucradas en el problema, y así generar un cambio aún cuando no se este presente en el proceso. Incluso, uno de los clientes sigue retomado las reflexiones después de un año de terminada la terapia. Lo que se asemeja a lo realizado por Licea (2001) citada en Licea, Paquentin y

Selicoff (2002), en donde encontró que los múltiples puntos de vista ofrecen una oportunidad para cambiar o modificar significados, posiciones, relaciones y acciones incluso más allá del contexto terapéutico.

Esto se extiende para el terapeuta, las reflexiones que el equipo haga le son de utilidad para sesiones posteriores en problemáticas similares aún sin la presencia del equipo en ese momento.

Una de las ventajas que tiene el equipo es la flexibilidad que tiene para su integración a la terapia, pues no necesariamente se tiene que tener un tiempo para su intervención sino que desde un principio puede hacer su intervención formando un solo grupo entre terapeuta, cliente y ER, lo que se puede igualar con lo dicho por Andersen (1994), nos dice que no existe ni una forma correcta ni una forma adecuada de trabajar con el ER.

Algunas desventajas que se encontraron fueron: la económica (Licea, 2001 en Licea, Paquentin, & Selicoff, 2002), por la cual se ve limitado el trabajo del ER, ya que por los costos con los que se cubrirían los honorarios de los miembros del equipo serían elevados para los clientes. También cuando las instalaciones no sean las adecuadas o suficientemente aptas para el trabajo con el equipo.

Por otra parte, otra limitante sería que el cliente no quisiera trabajar con el equipo quizás porque no se generó la suficiente confianza por parte del equipo o por que el terapeuta mismo no “supiera vender” la idea del trabajar con el equipo durante las sesiones terapéuticas como lo menciona Kleist, (1999), o bien porque les intimide dar a conocer sus problemas ante mas de una persona en el mismo espacio de trabajo como lo menciona Smith, Winton y Yoshioka (1993).

Otra desventaja que se encontró que no se menciona en otras investigaciones fue que el equipo en ocasiones pudiera resultar abrumador para el cliente por la diversidad de reflexiones que en ese momento se le presenten. Reflexiones que pueden ir encaminadas a un solo tema o bien a

varios temas que se consideraran importantes en ese momento por parte del equipo. Demasiadas ideas podrían confundir al cliente o no ser tomadas en cuenta debido a que sería demasiada información para retener y asimilar en poco tiempo. Esto tendría que ver por una parte, con el número de participantes que integren el ER y por otro lado el tiempo de cada una de las reflexiones que cada uno de ellos aporte. Aún cuando esto no sucedió durante la investigación, porque los miembros del equipo son profesionistas con capacitación en ER, si fue un punto importante a considerar por parte de los terapeutas y los miembros del equipo para tomarse en cuenta en posteriores sesiones de trabajo con el ER.

Otra limitante que se encontró, aunque tampoco se ha presentado durante el trabajo en las sesiones de terapia hasta el momento de la realización de este trabajo, es que pueda pasar, que quienes conforman el equipo no tengan claro cuales son los lineamientos del ER para su intervención y que esto de alguna manera afecte los resultados o no se cumpla con el objetivo del trabajar con el equipo.

Uno de los objetivos de esta investigación era el conocer si la experiencia de trabajar con el ER generó algún cambio para los participantes, y se encontró que fue el cambio de actitud. De ser incómodo al principio por ser observado por varias personas pasó a ser un ambiente de confianza y aprendizaje para todos, sin embargo, se sabe que los cambios que el cliente pueda llegar a tener no dependerán del ER ni del terapeuta, sino de los recursos con los que cuente el cliente como lo menciona Andersen (1996), ya que los terapeutas sólo facilitan el proceso y comparten sus experiencias y saberes.

Los cambios observados en el cliente a partir de su trabajo con el ER fueron significativos y constatados por ellos mismos, ya que generaron avances importantes en sus vida personal y familiar. Las relaciones familiares mejoraron, la tolerancia ante el comportamiento de los demás es mayor. El trabajo con el equipo les permitió abrirse a la posibilidad de tocar temas que antes no se hablaban y que ahora lo pueden hacer respetando lo que cada uno

de ellos piense o diga. Las reflexiones incluso tuvieron tal impacto para que uno de los clientes comenzara a buscar trabajo, mejoró la calidad de vida de los clientes y rebasaron sus propias expectativas.

Los resultados de esta investigación concuerdan con los resultados de Smith, Sells y Clevenger (1994), que señalan que el Equipo Reflexivo da a los clientes la oportunidad de hacer una pausa e incorporar diferentes perspectivas de su situación. De igual manera, Andersen (1994) sostiene que la oportunidad de cambiar partirá de lo que se hable sobre uno o más temas y de escuchar lo que los demás dicen sobre los mismos temas, esto hará que sea posible ir hacia atrás y hacia adelante entre los diálogos internos y externos. De este modo, las ideas se abren, se comparten, se exteriorizan y los participantes pueden comentarlas, lo que potencialmente lleva a una manera diferente de discutir la situación, tal como lo sugieren los hallazgos de Smith et al (1995). Lax (1996) señala que este procedimiento mantiene una actitud respetuosa hacia todos los miembros, ya que los considera colaboradores en el proceso de establecer distinciones y tomar decisiones acerca de las ideas que se retomarán para su posterior seguimiento.

Los principales hallazgos de este estudio dejaron ver que el equipo es de ayuda no solo para el cliente sino para el mismo terapeuta y los miembros del ER, ya que se aprende de los procesos y las reflexiones que se aportan, siendo la diversidad de las mismas las que generen cambios y acorten procesos terapéuticos. Además que no solo se utilice el ER para la terapia sino para los procesos de formación y supervisión del mismo terapeuta y del equipo también. La experiencia de los participantes quedó reflejada en los resultados obtenidos, dejando ver que el trabajo con el equipo puede aportar mucho a la terapia familiar para su intervención.

Por último resulta importante realizar otras investigaciones donde se indague más a fondo cuales serían los resultados obtenidos si se trabajara con equipos conformados de acuerdo a la necesidad de cada problemática, incluso donde alguno de los participantes del equipo sean personas con situaciones similares a la que se esté presentando en ese momento, para conocer como fue que ellos manejaron el problema, la enfermedad, por ejemplo, incluir a

personas que vivan con VIH como miembros del equipo, etc. Asimismo indagar sobre cuales serían los efectos del ER en los clientes a largo plazo. Incluso, poder conocer cuál sería el resultado si se trabajara con el ER en otras corrientes terapéuticas como el Humanismo, la terapia Gestalt, el Psicoanálisis, etc. Revisar si el trabajo terapéutico con el ER es compatible con otras intervenciones (médicas, tanatológicas, etc.), revisar la utilidad del ER en intervenciones multinivel que requieran un abordaje individual, familiar y grupal. Así mismo implementar su aplicación en otros contextos y problemas psicosociales (violencia, abuso sexual, adicciones, otras enfermedades crónicas, etc.). Incluso, realizar programas de servicio voluntario o social en el que se capacite al personal para dar el servicio en organizaciones o instituciones que lo requieran sin generar costos elevados.

REFERENCIAS

1. Abrego, L., E. de Caso, García, Hernández, López, Malagón, et al. (2000). *Guía para la atención Psicológica de personas que viven con el VIH/ SIDA*. CONASIDA. México.
2. Acevedo, L. & Solache, M. (1998). *Proceso vivencial de infectados por VIH/ SIDA a través de su historia de vida*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM, México.
3. Andersen, T. (1987). The Reflecting Team: Dialogue And Meta-Dialogue In Clinical Work. *Family Process*, 26, 415-428.
4. Andersen, T. (1994). *El Equipo Reflexivo, Diálogos Y Diálogos Sobre Los Diálogos*. Barcelona, España: Gedisa.
5. Andersen, T. (1995). Reflecting Processes; Acts Of Informing And Forming. En S. Friedman (Ed.), *The Reflecting Team In Action*. (pp. 11-37). New York, NY: Guilford Press.
6. Andersen, T. (1996). Reflexiones Sobre La Reflexión Con Familias. En S. Mcnamee & K. J. Gergen (Eds.), *La Terapia Como Construcción Social* . (pp. 77-91). Barcelona, España: Paidós.
7. Anderson, H. (1997). *Conversation, Language, And Possibilities*. New York, NY: Basic Books.
8. Antonio, L. y Hernández, S. (1996). *Una revisión teórica y propuesta para el trabajo terapéutico con familiares y enfermos de VIH/ SIDA*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM. México.
9. Bateson, G. (1972). *Steps To An Ecology Of Mind*. Nueva York, NY: Ballantine.
10. Bateson, G. (1979). *Mind And Nature: A Necessary Unity*. Nueva York, NY: Bantam.
11. Biever, J. L., & Gardner, G. T. (1995). The Use Of Reflecting Teams In Social Constructionist Training. *Journal of Systemic Therapies*, 14, 47-56.

12. Blount, A. (2000) *Integrated primary care: The future of medical and mental health collaboration*. New York: Norton & Co.
13. Bogdan, R. & Taylor, S. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
14. Browder, A., Paniagua, G., Pizarro, B. & Salinas, B. (2002). "Se arquitecto y autor de tu propia vida". Reporte de investigación inédita. UNAM. México.
15. Calderón, G. (1989). *El trabajo del psicólogo en comunidad y en salud pública*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM. México.
16. Campos, A. (1985). *La participación de psicólogo en el contexto de la salud laboral*. Reporte de investigación inédita. UNAM. México.
17. Carovano, K. & Ramos, M. (1991). *A través del espejo: guía de consejería*. Washington. AIDSCOM. 1-31.
18. Casares de Castro (1990). "Psicoterapia y familia. Ayudando a la familia cuando una enfermedad amenaza la vida". *Psicoterapia y familia*, 3, (2) 1 – 5.
19. Castro, R., (1996) *Respuestas sociales al nivel del hogar y de la comunidad en torno al VIH / sida en México*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Centro de Investigación en Sistemas de Salud.
20. Centro Nacional para el control y la prevención del VIH / SIDA (s.f.) *Sección de Epidemiología*. Recuperado el 27 de febrero de 2006, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/conasida/>
21. Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. California, EE. UU.: Sage Publications.
22. De Vita, V. (1986). *Sida, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención*. México. Salvat.
23. Díaz, I. (1996). *Elaboración de un instrumento de evaluación del proceso terapéutico desde el ECP en personas que viven con VIH/ SIDA*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM, México.

24. Díaz, I. (2003, junio). Terapia familiar con personas afectadas por el VIH/ sida como parte de un modelo interdisciplinario. *Revista Internacional de Psicología*. 37, Recuperado el 15 de diciembre de 2005, de <http://españolgeocities.com/aguilera99/index.htm>
25. Díaz, I., González, O., Morales, H. & Reyes, A. (2003). *Usos del equipo reflexivo con familias afectadas por el VIH/ SIDA*. Sesión de cartel presentada en el II Foro en VIH/ SIDA/ ITS en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba.
26. Díaz, I. (2005). La terapia familiar médica aplicada al contexto del VIH/ SIDA. En Roizblatt, A. (Ed.). *Terapia Familiar y de pareja*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
27. Freedman, J. (1996) *Narrativa Theraphy. The social construction of preferred realities*. Norton. New York.
28. Fuentes, G (1995) *La discriminación y sus consecuencias psicosociales en el enfermo de SIDA*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM, México.
29. García M. (2002). *Los factores de transmisión del VIH/ sida en las mujeres mexicanas: un enfoque clínico-social*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM, México.
30. García, S. & Guijarro, M. (2000). *El SIDA: apoyo psicoterapéutico a pacientes seropositivos en la etapa terminal*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM, México.
31. Gatell, J., Clotet, M., Podzamezer, S. & Miró, N. (1992). *Guía practica del SIDA*. Masson – Salvat, Barcelona.
32. Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. España. Paidós.
33. González, R. (1996) *Apoyo familiar y depresión en personas seropositivas al VIH*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad de las Americas A.C. México.
34. Griffith, J. L., Griffith, M. E., Krejmas, N., McLain, M., Mittal, D., Rains, J., Tingle, C. (1992). Reflecting Team Consultations And Their Impact Upon Family Therapy For Somatic Symptoms As Coded By Structural

- Analysis Of Social Behavior (SASB). *Family Systems Medicine*, 10, 53-58.
35. Grmek, M. (1992). *Historia del SIDA*. Siglo veintiuno Editores. México.
36. Heiko, E. (1996) "La obsesión por lo sano". Uno mismo. 18 – 26.
37. Hugh, C., (1987). *Métodos de investigación y estadística en Psicología*. México. Manual Moderno.
38. Izazola, J.A. (1996). *El impacto y los costos del VIH/ sida*. SIDALAC. Vol. 1, 1 – 10.
39. Jenkins, D., (1996). A Reflecting Team Approach To Family Therapy: A Delphi Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 219-238.
40. Katz, A. (1994). A Posteriori: Continuación Del Diálogo. En T. Andersen (Ed.), *Diálogos Y Diálogos Sobre Los Diálogos* (pp. 111 –135). Barcelona, España: Gedisa.
41. Kleist, D. M. (1999). Reflecting On The Reflecting Process: A Research Perspective. *Family Journal*, 7, 270-275.
42. Landau-Stanton J, Clements C. (1993). *AIDS, health and mental health: A primary sourcebook*. Nueva York:
43. Lax, W. (1994). El Equipo Reflexivo Y La Consulta Inicial. En T. Andersen (Ed.), *Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. (pp. 137-151). Barcelona, España: Gedisa.
44. Lax, W. (1995). Offering Reflections. En S. Friedman (Ed.), *The Reflecting Team in Action*. (pp.145-166). New York, NY: Guilford Press.
45. Lax, W. (1996). El Pensamiento Posmoderno En Una Práctica Clínica. En S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *La Terapia como Construcción Social*. (pp. 93-110). Barcelona, España: Paidós.
46. Licea, J. G. (1997). *El impacto del VIH / sida en la vida de cuatro familias*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad de las Américas A. C. México.
47. Licea, J.; Paquentin, F. & Selicoff, H. (2002). *Voces y más Voces. El Equipo Reflexivo en México*. México.

48. Licea, J.; Paquentin, F. & Selicoff, H. (2004). *Voces y más Voces II. Reflexiones sobre la Supervisión*. México.
49. Macklin, E. (1989). *AIDS and families*. Nueva York, EE.UU: Haworth.
50. Mc Daniel, S., Hepworth, J. & Doherty, W. (1992). *Medical Family Therapy*. New York, E.E.U.U: Basic Books.
51. Mexicanos Contra el Sida (1993). *Manual: estilos de vida y cuidados especiales para personas que viven con VIH*. [Folleto]. México D.F.: Confederación de Organismos no Gubernamentales A.C.
52. Miller, D. (1989). *Viviendo con SIDA y VIH*. México. Manual moderno.
53. Miller, D., & Lax, W. D. (1988). Interrupting Deadly Struggles: A Reflecting Team Model For Working With Couples. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 7, 16-22.
54. Mills, S.D., & Sprenkle, D.H. (1995). Family Therapy in the Postmodern Era. *Family Relations*, 44, 368 – 389.
55. Moreno, S. (1994). *El enfermo de VIH/ SIDA y algunas repercusiones psico – sociales*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM. México.
56. Najera, O. (1995). *Manejo de estrés en pacientes VIH positivos a través de las técnicas de la medicina conductual*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM. México.
57. Nieto, L (1997). Los nuevos antirretrovirales. *SIDA HOY*. México.
58. Núñez, M. (1997). El conocimiento de ser seropositivo y su efecto en el autoconcepto. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM. México.
59. Persson, A. (2003). HIV health in context: Negotiating medical technology and lived experience. *Health*, 7(4), 397-437.
60. Prest, L. A., Darden, E. C., & Keller, J. F. (1990). "The Fly On The Wall" Reflecting Team Supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 265-273.
61. Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH / sida (2002). *Resumen mundial de la epidemia de VIH/ SIDA*. Ginebra, Suiza: OMS.

62. Ramírez, M. & Hernández, G. (1991). *Una revisión teórica y propuesta de trabajo terapéutico a portadores del VIH y familiares*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM. México. 45 – 53.
63. Redes, S. (1996). *Boletín trimestral de LACASSO*. [Folleto]. México: Colectivo Sol.
64. Richardson, D. (1990). *Mujer y SIDA*. Manual Moderno. México.
65. Rolland (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona. Gedisa.
66. Romano, G. (1997). *Aportaciones de la labor del psicólogo a la problemática de VIH / SIDA*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM. México.
67. Romo, J. (1997). *SIDA, manejo de pacientes con VIH*. Manual moderno. México.
68. Rosas, F. (2003, diciembre). *Care for people living with AIDS should wears a human face: implementing the concept of high quality of life for people living with HIV/AIDS in places with scarce and constrained resources*. Document pretentaine en la 6ème Conférence Internationale sur la prise en charge communautaire et à domicile des personnes vivant avec le VIH, Dakar, Sénégal .
69. Rossi, L. (1989). Asistencia psicológica a pacientes infectados por VIH. *SIDA, ciencia y sociedad en México*. México. Fondo de Cultura Económica. 205 – 215.
70. Sánchez, A. (1995) *Las alternativas en la psicología y las ONG's*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM. México.
71. Sells, S. P., Smith, T. E., Coe, M. J., Yoshioka, M., & Robbins, J. (1994). An Ethnography Of Couple And Therapist Experiences In Reflecting Team Practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 247-266.
72. Sepúlveda, A. J. (1989) El sida desafiando espacios públicos. *SIDA ciencia y sociedad*. Fondo de Cultura Económica. México.
73. Silverman, D. (1993). Psychosocialinpac of HIV – Related caregiving on Health provider: a review and Recommendation for the role of Psychiatric. *American Journal Psychiatric*, 5, 148 -150

74. Smith, T. E., Sells, S. P., Alves Pereira, M. G., Todahl, J., & Papagiannis, G. (1995). Pilot Process Research Of Reflecting Conversations. *Journal of Family Psychotherapy*, 6, 71-89.
75. Smith, T. E., Sells, S. P., & Clevenger, T. (1994). Ethnographic Content Analysis Of Couple And Therapist Perceptions In A Reflecting Team Setting. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 267- 286.
76. Smith, T. E., Winton, M., & Yoshioka, M. (1992). A Qualitative Understanding Of Reflective- Teams II: Therapist's Perspectives. *Contemporary Family Therapy*, 14, 419-432.
77. Smith, T. E., Winton, M. & Yoshioka, M. (1993). A Qualitative Understanding Of Reflective- Teams I: Client's Perspectives. *Journal of Systemic Therapies*, 12, 28-43.
78. Stake, R. (1995). *The art of case study research*. California, EE. UU: Sage Publications.
79. Valencia, M. E. (1993). *Grado de aceptación o rechazo y niveles de autoestima en pacientes con SIDA*. Tesis de Licenciatura no publicada. ENEP Iztacala, UNAM. México.
78. Velasco, M. L. & Sinibaldi, F. (2000). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México D.F., México: Manual Moderno.
79. Vélez, A. (1992). *Fundamentos de medicina. SIDA. Corporación para las investigaciones biológicas*. Colombia, Bogotá: Gedisa.
80. Walker, G. (1991). *In the midst of winter: systemic therapy with families, couples and individuals with AIDS infection*. New York, EE. UU: Norton & Company.
81. White, M. (2002). *Reescribir la vida*. España. Gedisa.
82. Yarhouse M. (2003) Working with families affected by HIV/AIDS. *American Journal Family Therapy*, 31, (2) 125-37.
83. Zich, J. (1987). Perceptions of Social Support in Men with IIDS and ARC: *Relationships whith Distress and Hardlness*. *Journal of Applied Social Psychology*, 17 (3).