



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

**TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA
PARA PROBLEMAS DE ADICCIONES**



REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

GISELLE ALEXANDRA LÓPEZ NAVA

DIRECTORA DE REPORTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO
JURADO DE EXAMEN: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO
MTRA. SUSANA GONZALEZ MONTOYA

MÉXICO, D. F.

OCTUBRE 2009



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.

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo por su apoyo a lo largo de este proceso, por su afecto, confianza, orientación y enseñanza que me ha brindado.

A la Mtra. Ofelia Desatnik por su orientación, entrega al programa de Maestría, pero sobretodo por su incondicional apoyo e interés en mi aprendizaje y crecimiento.

A la Mtra. Susana González y Dra. María Suárez por su entrega al programa de Maestría, por su orientación y observaciones realizadas durante nuestro aprendizaje, gracias.

Al resto de las profesoras del Programa de Maestría de Psicología con Residencia en Terapia Familiar, agradezco todos los conocimientos y experiencias que compartieron conmigo.

A mis papas, gracias por estar siempre ahí, apoyándome, orientándome, insistiendo, cuidándome, pero sobretodo por toda su paciencia, su ejemplo y todo su amor, los quiero mucho; mamá gracias por haber siempre tenido la certeza de cuidar nuestra salud mental y emocional 😊.

A Félix, gracias por apoyarme en este proceso, por tu insistencia, tu paciencia, tu desvelo y por todo tu amor, ahora si después de este logro a continuar con muchos más.

A mis hermanos, porque sin ustedes la vida no sería igual, ni tampoco la familia.

A Angy, mil gracias por tus observaciones, tu responsabilidad y compromiso, me agrada trabajar contigo y espero que podamos seguirlo haciendo, ¡ah! y gracias por el último enorme favor que me hiciste 😊, en verdad lo agradezco.

A Cecilia González y Cuevas, gracias por darme su confianza y la oportunidad de aprender, de orientarme y apoyarme.

A Ariadna, Marina e Isabel, mis incondicionales amigas, gracias por la lectura de mis mails, por sus palabras de aliento, por su alegría, y del acompañamiento en el caer rincón ñoño, como siempre es agradable contar con ustedes.

A Milka, pero sobretodo a Kenya, aunque no sepan leer, por su GRAN ayuda para que esta tesis saliera adelante.

Finalmente, una mención especial a la UNAM por haberme ofrecido una de las mejores educaciones que he tenido y agradezco el apoyo económico tanto de CONACYT como de COMECYT.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar

1.1.1. Características del campo psicosocial	1
1.1.2. Principales problemas que presentan las familias	4
1.1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	6

1.2. Caracterización de las entidades y escenarios donde se realiza el trabajo clínico

1.2.1. Descripción de los escenarios clínicos	8
1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios clínicos.....	11
1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios clínicos.....	14

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Análisis del marco teórico epistemológico

2.1.1. Fundamentos de la terapia familiar sistémica	17
2.1.1.1 Modelo de Terapia Estructural.....	22
2.1.1.2 Modelo de Terapia Estratégica.....	26
2.1.1.3 Modelo de Terapia Breve del MRI	30
2.1.1.4 Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.....	33
2.1.1.5 Modelo de Terapia del grupo de Milán.....	37
2.1.2. Fundamentos de las Terapias Posmodernas.....	42
2.1.2.1 Modelo de Terapia Narrativa	44
2.1.2.2 Modelo de Terapia basado en Equipos de Reflexión.....	46
2.1.2.3 Enfoque colaborativo	48

3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1. Habilidades clínicas terapéuticas

3.1.1. Integración de expedientes y análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con familias	49
3.1.2. Análisis del sistema terapéutico total	76

3.2. Habilidades de investigación.

3.2.1. Reporte de la investigación realizada bajo la metodología cuantitativa	81
3.2.2. Reporte de la investigación realizada bajo la metodología cualitativa.....	95

3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria.	
3.3.1. Elaboración de productos tecnológicos.....	106
3.3.2. Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.....	109
3.3.3. Presentación de trabajos en foros académicos.....	111
3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional.	
3.4.1. Consideraciones éticas.....	115
4. ANÁLISIS TEMÁTICO PARA LA PRESENTACIÓN DEL EXAMEN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	
4.1. Terapia familiar sistémica para problemas de adicciones	
4.1.1. Datos Estadísticos de Adicciones en México.....	119
4.1.2. Síntomas del uso y abstinencia de las drogas reportadas de mayor impacto en México.....	123
4.1.3. Características familiares de usuarios de sustancias.....	128
4.1.4. Etapas de tratamiento de las adicciones en terapia familiar.....	130
4.1.5. Modelos de intervención de terapia familiar sistémica para problemas de adicciones.....	133
4.1.6. Presentación del caso clínico.....	136
4.1.7. Reflexiones finales.....	146
5. CONSIDERACIONES FINALES.....	148
6. REFERENCIAS.....	153

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1 ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR

1.1.1 Características del campo psicosocial

Para poder considerar los diferentes campos de acción que tiene la terapia familiar en México, pienso que es importante conocer y tener presente las situaciones actuales, los antecedentes y transformaciones que se han ido dado a través del tiempo en diversos aspectos, como son lo social, cultural, político, económico y demográfico entre otros. Por lo cual, a continuación describiré brevemente algunos de éstos, lo que proporcionará un panorama más general de algunas problemáticas en nuestro país.

En México existen 32 entidades federativas, siendo la capital del país el Distrito Federal. Cuenta con una población de 103 millones 263 mil 388 habitantes, de ellos 53.0 millones son mujeres y 50.3 millones son hombres (INEGI, 2005). De estos habitantes se registraron en el 2007, 595 mil 209 matrimonios mostrando un ligero aumento con respecto al año anterior, no obstante según se observa en el cuadro 1, estas cifras exponen una tendencia de disminución.

Consulta de matrimonios según año de registro
Estadísticas de Situación Conyugal del INEGI

Año de Registro	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de matrimonios	707,422	665,434	616,854	584,142	600,563	595,713	586,978	595,209

Cuadro 1

En cuanto al total de divorcios, éste ha tenido un incremento como lo muestra el Cuadro 2, registrándose en el año 2000, 52 mil 358 divorcios mientras que en el 2007 esta cifra fue de 77 mil 255.

Consulta de divorcios según año de registro
Estadísticas de Situación Conyugal del INEGI

Año de registro	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de divorcios	52,358	57,370	60,641	64,248	67,575	70,184	72,396	77,255

Cuadro 2

De la relación divorcios-matrimonios, de cada 100 matrimonios en el 2001, 8.6% se divorciaron, mientras que en el 2007 este fue de 13.0% (cuadro 3).

Relación de divorcio-matrimonios, 2001 al 2007
Estadísticas de Nupcialidad del INEGI

Por 100 matrimonios Año	Relación divorcios- matrimonios
2001	8.8
2002	9.8
2003	11.0
2004	11.3
2005	11.8
2006	12.3
2007	13.0

Cuadro 3

Las edades de quienes solicitan el divorcio, en mayor proporción están comprendidas de los 30 a los 34 años (cuadro 4). Algunas de las causas por las cuales lo requirieron en mayor medida las mujeres fueron: separación del hogar conyugal, abandono del hogar sin causa justificada, negativa a contribuir voluntariamente al sostenimiento del hogar y sevicia, amenazas e injurias (INEGI, Estadísticas de Nupcialidad 1995-2007).

Edades de hombres y mujeres al momento de divorcio según años de registro INEGI

Año registro	2006	2006	2006	2006	2007	2007
Edades	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
- de 16 años		1		3		1
15 a 19 años	224	1,188	223	1,181	245	1,163
20 a 24 años	4,994	8,717	5,016	8,560	5,028	8,550
25 a 29 años	11,725	13,853	11,561	13,783	12,184	14,710
30 a 34 años	14,267	13,903	14,470	14,478	15,339	15,306
35 a 39 años	11,489	10,564	11,908	10,991	12,833	11,963
40 a 44 años	8,852	7,819	9,188	8,111	9,775	8,815
45 a 49 años	6,451	5,274	6,714	5,486	7,351	5,980
50 y más años	9,078	5,928	9,517	6,224	10,498	7,064

Cuadro 4

Por otro lado, con respecto a la estructura por edad de la población, existe un menor peso relativo de los grupos de edad más jóvenes y un mayor número de personas en edades avanzadas. Es decir, la población de los adultos mayores (65 años) va en crecimiento figurando el 5% de la población total, registrándose una tasa de crecimiento de más de 3.7% anual, lo que significaría que con estos ritmos en 15 años se duplicaría el tamaño de esta población, por lo que esto traería un impacto social y económico (INEGI, op. cit.).

En cuanto al Plan Nacional de Desarrollo (2000-2006), se señala que en México aun persiste la economía informal, el subempleo y la pobreza. Así mismo, desde la década de los ochenta se ha incrementado la población en edad laboral, sin embargo, esto ha coincidido con periodos económicos críticos, por lo que el empleo informal y desempleo se han ido extendiendo de forma sustancial. La pobreza ha crecido y lleva consigo

14	Enfermedad cerebrovascular	69	1.0
15	Caidas accidentales	68	1.0

www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/m_008.xls, SINAIS, 2005;

Cuadro 5

Otro hecho es el alto número de embarazos de jóvenes y adolescentes. Casi medio millón de mexicanas menores de 20 años dieron a luz en el 2005. Estas concepciones las llevan a hacerse cargo de responsabilidades para las cuales aún no están preparadas, trayendo consigo efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijos. Además, esto conlleva riesgos para la vida y la salud de la madre y del bebé, incrementando también la posibilidad de desarrollar cáncer cervico uterino, entre otros padecimientos. (UNICEF, 2008).

Con respecto al maltrato infantil, éste también es un severo problema en México. El INEGI, muestra que en el 2004 existieron 38 mil 554 denuncias, de las cuales 22 mil 842 fueron comprobadas. Una de las causas por la que prevalece la violencia, es debido a que dentro del hogar aun es utilizada como método de educación y corrección (UNICEF, op. cit). Desafortunadamente, esto ha orillado en muchos casos a que estos menores salgan de sus hogares y busquen una forma de vida en la calle, conduciéndolos a una serie de peligros y marginaciones, dado que se caracterizan por vivir en situaciones deplorables, sin respeto a los derechos humanos y faltos de protección. De acuerdo con el censo que hizo la comisión para el estudio de los niños de la calle en la Ciudad de México, en 1992 se logró registrar 11mil 172 niños y niñas que trabajaban o vivían en la calle, y para 1995 esta cifra aumentó en un 20% (Dominguez, Romero, Paul, 2000)

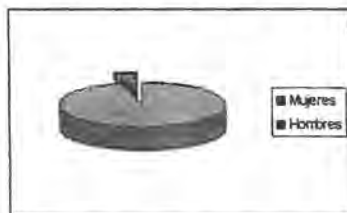
1.1.2 Principales problemas que presentan las familias

El contexto en el que se encuentra el país, las exigencias sociales que se han ido constituyendo en el transcurso del tiempo, han llevado a los padres de familia a abandonar sus funciones socializadoras, modificando sus dinámicas y avivando conflictos familiares (Minuchin, 1986).

En México, representan un problema de salud la violencia familiar y el consumo de drogas (legales e ilegales), debido al aumento de casos y a su complejidad. Por ejemplo, se han distinguido importantes variaciones en la población que consume drogas, esto es, el incremento de su uso en mujeres, del policonsumo, reducción en la edad de inicio, etc. Ahora bien, numerosas investigaciones han mostrado correlaciones significativas entre

condiciones familiares desfavorables y el abuso de drogas. En cuanto a la violencia intrafamiliar, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) del Distrito Federal reportó haber atendido en el periodo de abril a junio del 2007, 1,060 casos por violencia intrafamiliar, de estos 1,012 fueron mujeres y 48 hombres lo que representan el 95.5% y 4.5% respectivamente (Gráfica 1).

Atención de casos por violencia intrafamiliar
periodo Abril a Junio 2007 INMUJERES



Gráfica 1

La Encuesta Nacional sobre Violencia en Mujeres (ENVIM) realizada en 2003 menciona que:

- 1 de cada 5 mujeres sufren violencia de su pareja actual
- 1 de cada 3 han sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida
- 2 de cada 3 mujeres han sufrido violencia alguna vez en la vida

Entre la prevalencia de los tipos de violencia que se presentaron en esta encuesta, la psicológica tuvo en 19.6 %, la física un 9.8%, la sexual 7%, la económica 5.1%. Así mismo, es importante considerar que las mujeres pueden sufrir más de un tipo de violencia. En 2003, el INEGI señaló que la violencia también se puede evaluar a través del registro de muertes violentas, es decir, de los decesos por accidentes de vehículo de motor, homicidios, lesiones inflingidas de las cuales se ignora si fueron accidentales o intencionales y suicidios. En el 2007, del total de defunciones en el país, el 10.7% falleció por causas violentas. De estas, el mayor porcentaje estuvo ubicado en los rangos de edad de los 20 a 24 años con un 57.6% seguido del de 15 a 19 años con 56.9%.

Ahora bien, el suicidio también ha mostrado un incremento en los últimos 30 años (del 250% para los hombres y 225% para las mujeres). En los grupos de jóvenes éste es ya una de las 10 principales causas de muerte. En el 2007, del porcentaje de la población

que feneció por causas violentas, el 8.0% fue por suicidio siendo los jóvenes de 20 a 24 años quienes más lo ejecutaron. No obstante, las mujeres en los rangos de edad de 15 a 24 años tuvieron el mayor porcentaje (15.2%) comparado con los hombres que fue del 11.3%.

En cuanto a los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Borges, Medina-Mora, Zambrano y Garrido, 2006) también se encontró evidencia, aunque limitada, de que el proceso migratorio hacia los Estados Unidos de América puede verse asociado con un aumento en la conducta suicida de los mexicanos que se establecen en ese país. Este tema (la migración), también ha resultado ser importante en aspectos de la salud y familia, ya que para el año 2004 se estimó que había 10,230,089 personas nacidas en México viviendo en EUA (CONAPO, 2004) Para las instituciones de salud, esto resulta significativo dado que diversas investigaciones sugieren que hay un deterioro continuo en la salud mental de la población mexicana que inmigra, en la medida en que ésta se asienta y se integra en los EUA, y el suicidio parece ser uno de los problemas particularmente sensibles al efecto migratorio.

Todos estos datos sugieren que existe un amplio campo de intervención e investigación, tanto en la atención como en la prevención de algunas de estas problemáticas a las que se enfrentan las familias, y generan un alto impacto en la salud mental y social.

1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

Ante las diversas problemáticas que presenta nuestro país, diferentes disciplinas han buscado hacerle frente a todas estas situaciones. La Psicología es una de ellas, dado los daños en aspectos de salud mental y social que se están generando. Así pues, la Terapia Familiar Sistémica con sus bases teóricas, como la Teoría General de los Sistemas y la Epistemología Cibernética han sido uno de los ejes para la comprensión y tratamiento de estos acontecimientos ya que toman en cuenta las interrelaciones que se dan en los grupos sociales.

Esta terapia, con su visión integradora, ha permitido abordar los problemas clínicos dado que también considera los diferentes contextos en los que se desenvuelven (social, institucional, religioso, cultural, político y económico) (Eguiluz, 2001). Toma en cuenta las

interacciones y el ambiente donde esta ocurre ya que no trata los elementos aislados, sino la totalidad, lo que implica que se incluye tanto al sujeto que presenta el problema como a las otras personas que interactúan con él en un momento y en un lugar preciso (Eguiluz, op. cit.).

La epistemología sistémica pasa de una visión lineal a una circular que permite ver el problema en su entorno, además de que analiza cómo los miembros de la familia y paciente identificado participan en la aparición y mantenimiento del síntoma. Sus intervenciones se dirigen a cada sujeto aún cuando no se encuentren presentes en las sesiones, pues se crean hipótesis sistémicas sobre el problema de la familia que conecten la conducta de cada uno con la de los demás.

Debido a esta fundamentación teórica es más probable obtener resultados más favorables, puesto que al centrarse en el individuo en aislado, nos exponemos a obtener cambios parciales o descontextualizados y se responsabiliza solamente a una de las partes del sistema.

En cuanto al Postmodernismo, éste ha permitido dar explicaciones sobre cómo se construye la realidad, el rol que juega la construcción de significados y el lenguaje en la experiencia de las personas. Su marco epistemológico toma los principios del Construccionismo Social y el Constructivismo derivando en modelos que ofrecen otras alternativas terapéuticas con importantes aportaciones al trabajo psicológico (Programa de Residencia de Terapia Familiar Sistémica, UNAM, 2001)

Finalmente, cabe señalar que resulta vital la necesidad de la formación de psicólogos capacitados, para hacer frente a todas esta temática. Dado que nos enfrentamos a un amplio porcentaje de la población que se encuentra afectada y sufriendo por esto, el que la terapia familiar contenga procesos terapéuticos breves la hace ser una vía efectiva para la atención en las instituciones.

1.2 CARACTERIZACIÓN DE LAS ENTIDADES Y ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO

1.2.1 Descripción de los Escenarios Clínicos

A continuación se presentan los tres escenarios clínicos en donde se ejerce el trabajo terapéutico de la Residencia en Terapia Familiar del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM que se imparte en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

1) Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI)

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala inicia sus funciones en 1975, buscando formar profesionales competentes a nivel licenciatura, en las áreas de las Ciencias Biológicas, de Salud y Sociales, con una actitud emprendedora bajo un compromiso ético-social y de alta calidad humana. Para tal efecto, en esta Institución se cuenta con diferentes clínicas que dan atención y servicio a cualquier población que lo solicite. Dentro de esta diversidad de asistencias se cuenta con el de la Clínica de Terapia Familiar. La finalidad de tener dicha clínica implica, por un lado, que los alumnos que cursan la Maestría y que se encuentran de tiempo completo en ella, puedan poner en práctica las teorías aprendidas, mientras que por otro lado, se favorece a la comunidad, ya que en este espacio se atienden diversas situaciones como son, violencia intrafamiliar, drogadicción, jóvenes con bajo aprovechamiento escolar o en riesgo de deserción, situaciones de separación o divorcio, etc.

Esta, se encuentra ubicada en Av. De los Barrios #1 en los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, en el primer piso del edificio de Endoperiodontología. Fue inaugurada en el año del 2002 para el Programa de esta Residencia, y en el 2006, fue reinaugurada debido a la ampliación que se realizó a este espacio terapéutico. Cuenta con dos espacios clínicos, uno de ellos está destinado para el equipo de supervisión, y el otro para el terapeuta en formación y la familia que solicita el servicio. Estos espacios se encuentran divididos por un espejo de visión unidireccional, y se comunican entre sí por medio de una línea telefónica con sistema de intercomunicación. También se cuenta con un micrófono ambiental que permite una mejor audición de lo que sucede en la zona terapéutica. Así mismo, hay una videocámara, videocasetera VHS y televisión que permiten grabar las sesiones, las cuales, son revisadas y analizadas posteriormente por

los alumnos para la realización de las actas de las sesiones, y así continuar generando nuevas intervenciones; o bien, estas mismas pueden ser utilizadas por las supervisoras para hacer algunos señalamientos con el propósito de mejorar el aprendizaje.

2) Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco (CCHA)

El Colegio de Ciencias y Humanidades es una institución de enseñanza media superior cuyo origen data de su aprobación y creación en el año de 1971. Los primeros planteles en comenzar su labor fueron Naucalpan, Vallejo y Azcapotzalco, incorporándose después el de zona oriente y sur. Todos estos cuentan con dos turnos con aproximadamente 5500 alumnos cada uno (<http://www.cch.unam.mx/antecedentes.php>). El plantel de Azcapotzalco se localiza en Avenida Aquiles Serdán N° 2060 en México, D.F. Aquí, en el año 2002 por medio del programa de Maestría en Psicología, se comenzó a proporcionar el servicio de terapia familiar atendido por los residentes de dicho posgrado. Al siguiente año se logró que se designara un espacio fijo en el edificio del SILADIN (Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación) para llevar a cabo las sesiones. Dentro de este salón, se construyó un espacio destinado para el equipo terapéutico y las supervisoras, que se encuentra de frente al área donde el terapeuta encargado del caso atiende a los solicitantes del servicio. Éste está separado por medio de un espejo de visión unidireccional, pero ambos se comunican a través de una línea telefónica de intercomunicación. Los aparatos con los que se cuenta son: una videograbadora VHS y televisión que se localizan dentro del espacio del equipo terapéutico y permite la audición del otro cuarto, además de una video cámara que se coloca frente a las familias para transmitir la señal y ser grabada.

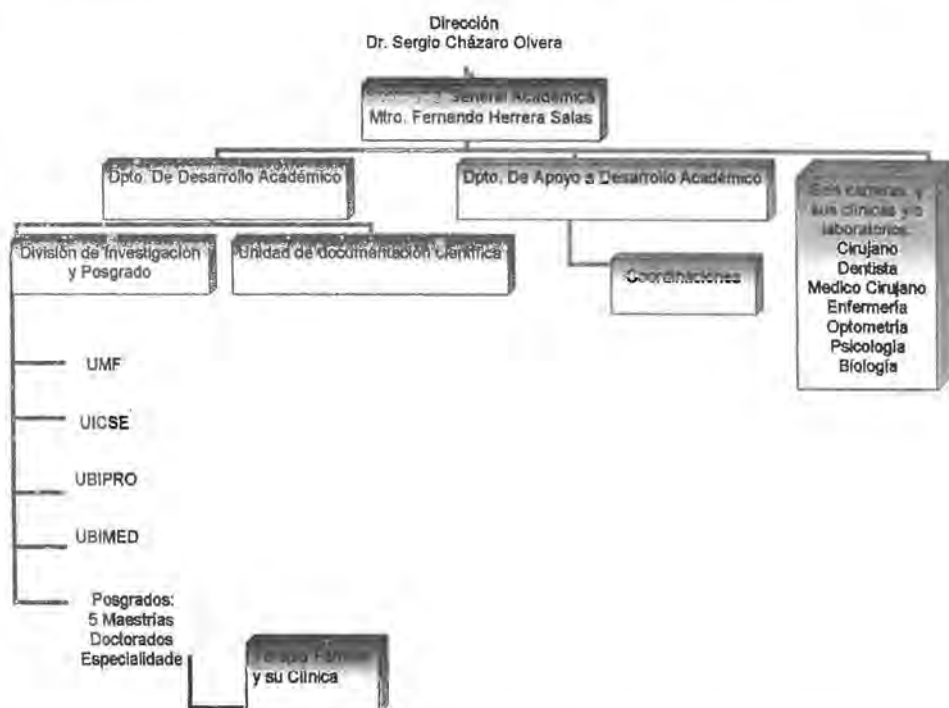
3) Clínica Familiar de Tlalnepantla, ISSSTE

En la Clínica del ISSSTE que se encuentra en la calle Xalapa #68 Valle Ceylan Tlalnepantla, desde el año de 1994, a través del Diplomado de Terapia Familiar de la FES Iztacala, se inicia el servicio de terapia familiar sistémica, siendo en el 2002 que se integra a esta función el programa de la Maestría de Residencia en Terapia Familiar impartida en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

El espacio donde se lleva a cabo las sesiones es un cubículo asignado para la atención de Psicología del ISSSTE. Esta área cuenta igualmente con una televisión, una videocasetera y videograbadora VHS para la grabación de las sesiones. A comparación de los escenarios clínicos anteriores, éste no cuenta con una división entre el lugar donde se llevan a cabo las sesiones y en donde se localiza el equipo de supervisión, sino que todo está integrado en el mismo espacio. La forma de comunicación entre las supervisoras y el terapeuta encargado del caso, es a través de notas que se escriben en un pizarrón, el cual puede ser leído por el terapeuta y el equipo, pero no así por la familia en tratamiento.

1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios clínicos

Como se mencionó anteriormente, los tres escenarios clínicos fueron creados para el entrenamiento de los alumnos del programa de la Residencia en Terapia Familiar, pero a su vez, también proporcionan atención a la comunidad. Por ejemplo, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, gracias a los múltiples servicios de atención a la salud, es posible en ocasiones hacer uso de éstos para complementar el trabajo, muestra de esto, es que en caso de que requiriéramos de un evaluación psicológica, existe un área que brinda este apoyo, o bien, la clínica de Psicología que es atendida por estudiantes de licenciatura también puede auxiliarse de este posgrado y así ir creando estos sistemas multidisciplinarios. A continuación se muestra parte de la organización de esta Facultad.

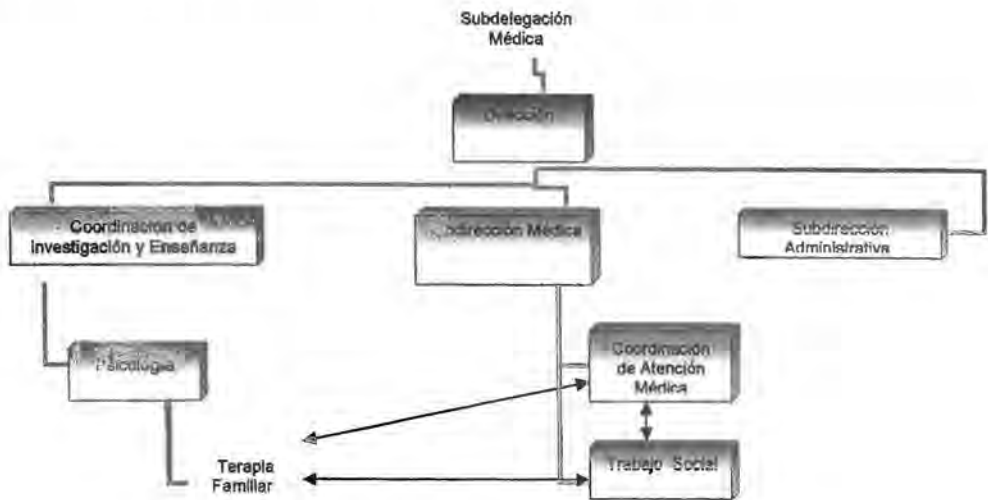


Ahora bien, es importante señalar que todos los servicios, incluidos el de esta Maestría, son supervisados por los docentes. El sistema de terapeutas acude dos veces por

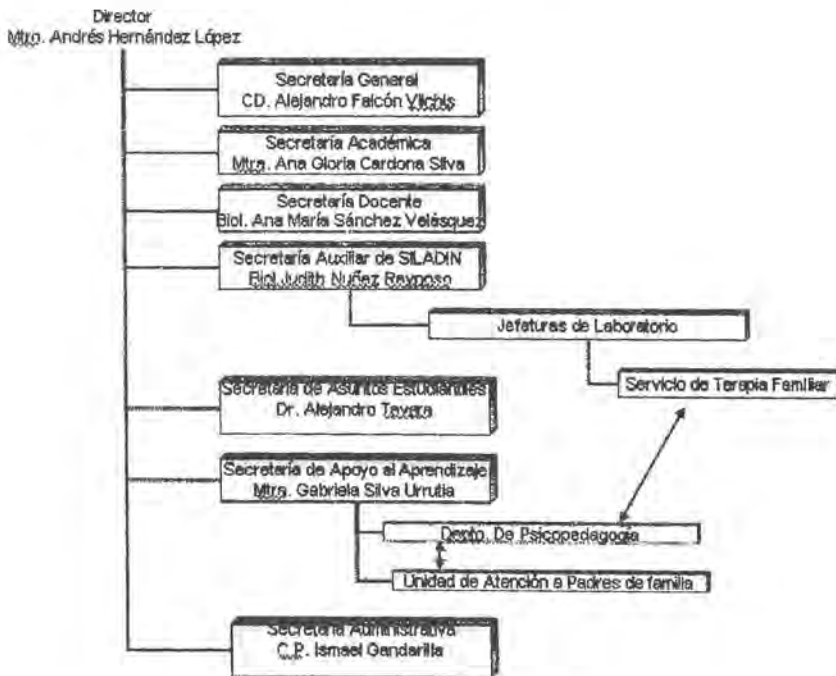
semana en un turno matutino, mientras que las supervisoras asisten hasta cuatro veces cuando dos generaciones de alumnos comienzan a atender a las familias.

Ya que aquí se brinda atención familiar, de pareja o individual bajo la visión sistémica, tanto a alumnos, empleados, personal administrativo y a la sociedad en general, es necesario llevar un control para obtener este beneficio. Éste se lleva a cabo por medio de una lista de espera, que es manejada por una supervisora del programa. Por lo general se intenta ofrecer lo más pronto posible este apoyo, de manera que a los tipos de casos más urgentes se le da prioridad, sin embargo, también se derivan casos a ex alumnos ya graduados que tengan la disponibilidad de poder atender a estas familias.

En cuanto a la Clínica Familiar de ISSSTE Tlalnepanitla, aquí se atiende a los derechohabientes y a veces a su personal. Al ser parte de un hospital las derivaciones a Psicología son a través de los médicos generales o bien del trabajo social, debido a que estos son el primer contacto que tienen los usuarios. Como en el caso de la FESI, aquí también se cuenta con el apoyo de otras especialidades médicas si fuese necesario. Respectivamente a las sesiones de terapia familiar, éstas son dadas una vez a la semana en el turno matutino, en este espacio se encuentran presentes dos supervisoras del posgrado como la psicóloga del ISSSTE. El organigrama es el siguiente:



La asistencia de Terapia Familiar del CCH plantel Azcapotzalco se ofrece a los alumnos, padres de familia de estos, empleados y personal administrativo; y se da una vez por semana también en el turno matutino. Esta se encuentra a cargo de dos supervisoras de la Maestría, las cuales, junto con los residentes, están estrechamente en contacto con el Departamento de Psicopedagogía, el cual a su vez, tiene comunicación con la Unidad de atención a padres de familia. Éstos son el primer contacto que los usuarios tienen, para que después de ser analizado el caso, se determine si serán derivados al servicio de terapia familiar. Una vez que se tiene la lista con los nombres de los pacientes, sus datos y el motivo de consulta, los alumnos se ponen en contacto con ellos para establecer su cita y comenzar su tratamiento. El organigrama del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco (CCHA) se señala a continuación:



1.2.2 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios clínicos.

Los tres escenarios terapéuticos en su espacio físico y disposición se han conformado de diferentes maneras, sin embargo, su forma de proceder es similar. Se inicia con la revisión de la lista de espera, una vez seleccionados los casos que serán atendidos se realiza el contacto con los pacientes. En esta llamada telefónica, cuando es posible, se averigua con un poco más de precisión el motivo de consulta, se toman datos para ir creando el familiograma y con esto, crear la primera hipótesis sistémica así como algunos objetivos. Aquí se informa brevemente la forma de trabajo y se indica que se les podrá dar de baja del servicio en caso de que no asistan en dos ocasiones consecutivas sin previo aviso.

En la primera cita, se explica la conformación terapéutica de manera más detallada, es decir, se hace mención del equipo terapéutico y de supervisión que se localiza detrás del espejo de visión unidireccional y que estará observando y realizando intervenciones a través de llamadas, anotaciones en el pizarrón o de forma directa con ellos. También se pide la autorización por escrito de cada uno de los miembros de la familia para ser videograbados; esto con el objetivo de proporcionar un mejor servicio debido al análisis que se tiene de las sesiones, por ejemplo el impacto de las intervenciones, el desempeño que se va teniendo, etc.

En cuanto al progreso de las sesiones se lleva a cabo de la siguiente forma:

- **Presesión:** El sistema de terapeutas se reúne previamente a la sesión para comentar y discutir la información derivada de la entrevista telefónica o de las actas de las sesiones.
- **Sesión:** Aquí se exploran las dinámicas familiares, se generan conversaciones e intervenciones (que pueden ser del terapeuta o en ocasiones del equipo de supervisión) de acuerdo a las hipótesis sistémicas y los marcos teóricos revisados. Este espacio abarca entre 40 y 60 minutos.
- **Discusión de la sesión:** Después de los 45 minutos transcurridos se realiza una pausa con la familia. El terapeuta pasa a la sala de terapeutas al otro lado del espejo con el resto del equipo, y en este momento se discute brevemente lo transcurrido o lo más sobresaliente, de tal forma que se integran las

observaciones de todos los miembros para así, conformar la intervención final o mensaje que se le dará a la familia.

- **Cierre de la sesión:** El terapeuta regresa con la familia y realiza su última intervención, esta puede consistir en alguna tarea específica, y/o en llevar el mensaje de las observaciones que el equipo estuvo haciendo (estas igualmente están basadas en las hipótesis y marcos teóricos). O bien, a veces ocurre que estos mismos pasan a realizar equipos reflexivos frente a la familia. Se concluye dando la fecha de la siguiente sesión, la cual por lo regular es después de quince días.
- **Post-sesión:** Inmediatamente después de finalizar la sesión, el equipo se vuelve a reunir para discutir las hipótesis, el impacto de los comentarios en la familia, se sugieren temáticas para tratar en sesiones subsecuentes, así como el desempeño y sentimientos/pensamientos que tuvo el terapeuta con respecto a la familia y lo abordado.

De acuerdo a los diferentes escenarios clínicos, inicialmente se dividió a la generación a la que pertenezco (4ta) en dos equipos de trabajo. Esto con el objetivo de que mientras unos atendían en la clínica de la FESI, el otro trabajó en las clínicas del ISSSTE y del CCH. En cuanto a mí, en el primer semestre estuve en la clínica de Terapia Familiar de la FESI, y formé parte del equipo de observación de la atención que se les dio a diez familias, por parte de los compañeros de la tercera generación. En el segundo semestre, atendí directamente a dos familias en la misma clínica y formé parte del equipo de supervisión observando y participando de manera indirecta en el trabajo con 10 familias. Para el tercer semestre, me incorporé tanto a la clínica del CCHA como al ISSSTE Tlalnepantla, aquí me hice cargo de una familia en cada espacio terapéutico, y nuevamente formé parte del equipo de supervisión en donde se tuvieron 8 casos. Aquí se integraron cinco terapeutas de la quinta generación que estuvieron observando los casos, y en ocasiones participaban con sus reflexiones. Para el último semestre, regresé a la Clínica de la FESI interviniendo directamente con tres familias y apoyando a mis compañeros en el equipo de supervisión con 11 familias. A continuación presento los escenarios clínicos y horarios en los que se trabajó.

Semestre	Escenarios clínicos	Día y horario	Número de familias atendidas como terapeuta responsable
1°	Clínica de Terapia Familiar de la FESI	Martes de 9:00 a 13:00 hrs.	Observación de la participación clínica de los alumnos de la tercera Generación
	Clínica de Terapia Familiar de la FESI	Jueves de 8:00 a 14:00 hrs.	
2°	Clínica de Terapia Familiar de la FESI	Martes de 9:00 a 13:00 hrs.	1
		Jueves de 8:00 a 14:00 hrs.	1
3°	CCHA	Martes de 7:00 a 13:00 hrs.	1
	ISSSTE	Jueves de 8:00 a 12:00 hrs.	1
4°	Clínica de Terapia Familiar de la FESI	Martes de 9:00 a 13:00 hrs.	2
		Jueves de 8:00 a 14:00 hrs.	1

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANÁLISIS DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO

2.1.1 Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

Teoría General de los Sistemas

La Teoría General de los Sistemas es atribuida formalmente al biólogo austro-canadiense Ludwig von Bertalanffy dándose a conocer al finalizar la Segunda Guerra Mundial. En ella propone encontrar las correspondencias o isomorfismos entre sistemas de todo tipo, un modelo de Sistemas General que fuera compatible con otros modelos de distintas disciplinas. Busca unificar el conocimiento científico y favorecer el desarrollo de la tarea interdisciplinaria (Bertalanffy, 1976). Define al *sistema* como un complejo de elementos interactuantes, "el todo es más que la suma de sus partes"; esto es, que las características constitutivas no son explicable a partir de las características de partes aisladas. Es decir, es importante reconocer que los elementos se organizan como totalidad de las partes contenidas en un sistema y la relación que hay entre ellas. Un *sistema* biológico *abierto*, es aquél donde hay un intercambio de materia con el medio circundante, mientras que los *sistemas cerrados* quedarían comprendidos dentro de la física y la química, entendiéndose como aquellos sistemas que no efectúan ningún tipo de intercambio con su medio ambiente. De esta manera, se dice que no intercambian información, energía manteniéndose de cierta forma aislados. Mientras que el abierto, si logra importar y exportar información así como energía con su medio circundante (Eguiluz, op. cit).

Otros principios importantes de esta teoría son los de: *Equifinalidad* donde un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales. Y el de *Equicausalidad*: que se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. (Bertalanffy, op. cit. en Jiménez 2005).

Ahora bien, recordando que la Teoría General de los Sistemas retoma diversos conceptos de distintos ámbitos científicos, de la termodinámica (rama de la física que estudia la circulación de la energía y cómo la energía infunde movimiento) adquiere los conceptos de *entropía* y *entropía negativa*. La entropía se refiere a una medida de desorden, de ahí que la entropía negativa o información sea una medida del orden o de organización (Bertalanffy, op. cit). De esta manera se entiende que el cambio en sistemas cerrados es siempre positivo, porque hay una continua destrucción del orden. Mientras que los sistemas abiertos, al mantener el estado uniforme logran evitar el aumento de la entropía desarrollándose hacia estados de orden y diferenciación creciente.

Otro concepto central tomado de la Biología e introducido por Cannon fue el de *homeostasis* el cual designa la tendencia a mantener el equilibrio interno a través de mecanismos reguladores complejos (Ceberio y Watzlawick, 1998). Pero es Jackson (1957) el primero en aplicar el término a los sistemas familiares para describir los mecanismos patológicos caracterizados por una excesiva rigidez y un potencial limitado de desarrollo. De ser originalmente un concepto positivo y deseable que se trataba de alcanzar, ahora se considera que habría que romperse con la homeostasis para producir un desequilibrio lo que implicaría un cambio generando un nuevo funcionamiento al sistema (cit. en. Eguiluz, op. cit.).

Directamente relacionado al concepto anterior aparecen el de *retroalimentación* desarrollado en la Teoría de la Cibernetica definida por Wiener su creador, como: "...un método para controlar un sistema, reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado" (Ceberio y Watzlawick, 1998, p.49) o bien, como "la posibilidad de ingresar información nueva dentro del circuito que permite corregir la desviación, rectificando el error, y por lo tanto, modifica la comunicación de retorno (feed-back)" (op.cit. p.48). El concepto de *esquismogénesis*, se refiere al proceso que aumenta la intensidad en un circuito que al no estar bajo control, desarrolla un nivel de tensión que produce la descomposición del sistema destruyéndolo (Ceberio y Watzlawick, op. cit.). Si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse *aprendizaje* (Wiener, 1954 cit. en Ceberio y Watzlawick, op. cit.). Dentro de la terapia familiar, se concibe a la retroalimentación negativa como elemento regulador dado

que la desviación es contrarrestante, mientras que la retroalimentación positiva lleva al cambio dado que la desviación es amplificante.

Teoría de la Cibernética

Conjuntamente con la Teoría General de los Sistemas se dieron tres contribuciones fundamentales; la Cibernética de Wiener (1948), la Teoría de la Información de Shannon y Weaver (1949) y la Teoría de los Juegos de von Neumann y Morgestern (1947) (Bertalanffy, op. cit.). Según Wiener la Cibernética es la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes" (Wiener, 1948 en Eguiluz, op. cit.). Estudia de qué manera los procesos de cambio determinan diversos órdenes de estabilidad o de control (Ceberio y Waztalwick, op. cit.). Para él, esta teoría, ofrece un modelo para el estudio de la patología y de la normalidad en el comportamiento humano. Consideraba que, aunque era casi imposible llegar a una aplicación matemática de la Cibernética en las ciencias humanas, creía que era totalmente posible aplicarle a sus conceptos formales y aportar una contribución positiva a la ciencia de la sociedad (Wiener, 1950 en Jiménez, op. cit.).

Ahora bien, para Von Foerster la noción de *retroalimentación* es uno de los elementos más significativos de la *Cibernética de Primer Orden*. En este sentido Keeney (1987), nos recuerda que en los comienzos de la Cibernética, los ingenieros solían referirse al estudio de las cajas negras, los cuales se limitaban a examinar la relación entre lo que entra en un sistema y lo que sale de él. Esta concepción postula que el observador se mantiene fuera del elemento observado. Sin embargo, el ingreso del observador como un elemento más en el sistema representa la evolución de las ideas originales de la Cibernética, constituyéndose lo que se llamó *Cibernética de la Cibernética* o *Cibernética de segundo orden*. En ésta se integran los dos sistemas (el observante y el observado) como parte de un sistema recursivo total (Ceberio, op. cit.).

Todas estas ideas fueron muy importantes para entender el funcionamiento de la dinámica familiar y diseñar las estrategias adecuadas. Las primeras investigaciones, se distinguieron por dos fases predominantes: En la primera, los investigadores se preocuparon por mantener la homeostasis del sistema familiar, por lo que las intervenciones se referían a fortalecer reglas, mandatos y mitos familiares que contrarrestasen la desviación de energía como efecto negentrópico. En la segunda, los

temas predominantes oscilaron entre las necesidades de cambio, evolución, y creatividad. Las intervenciones tenían por finalidad la amplificación de los procesos de desviación de energía y la introducción a la crisis, provocando desorden (entropía) en el sistema, con lo cual se generaba una reformulación de reglas que llevaban a instaurar un nuevo orden en su funcionamiento. Por lo tanto, el uso de técnicas paradójales fue una de las herramientas terapéuticas para generar el cambio dinámico. Dichas herramientas se fueron creando a partir de las investigaciones de los sistemas en la Teoría de la Comunicación.

Teoría de la Comunicación

Esta teoría surge en 1949 por Claude Shannon y Warren Weaver y se basa en el concepto de información, definido por una expresión isomorfa con la entropía negativa de la termodinámica (Bertalanffy, op. cit.). Shannon propone un esquema para explicar la comunicación como una cadena de elementos, donde uno da razón del siguiente en forma causal y mecánica. Este modelo fue popular en los años cincuenta teniendo su origen en las investigaciones de la telefonía. Sin embargo, otros investigadores deciden dejar de lado dicha explicación y comienzan a desarrollar un nuevo modelo con un sostén de epistemología circular. Los investigadores interesados en este nuevo enfoque provenían de diversos campos: de la Epistemología y Antropología como Gregory Bateson, de la Sociología Erving Goffman, de la Psiquiatría y Psicoanálisis Don Jackson y Paul Watzlawick.

Para algunos, Gregory Bateson fue quien junto con su equipo ubicado en Palo Alto California es el fundador de la nueva Teoría de la Comunicación. Entre 1942 y 1945 Bateson asistió a las conferencias sobre la Cibernética organizadas por la Fundación Macy en New York en donde por primera vez conoce el término de feedback, lo cual le permitirá construir un puente entre la Cibernética e investigaciones realizadas en Bali sobre comunicación, encontrando así la "pauta que conecta" a todos los elementos vivientes (Eguiluz, op. cit.). En 1951 junto con Ruesch publica "Comunicación: La matriz social de la psiquiatría" donde el principal análisis se centró en la comunicación como la matriz donde encajan todas las actividades humanas. Pone especial énfasis sobre la interacción del hombre con su entorno que se efectúa a través de la comunicación. Pero es en 1952 cuando Bateson inicia un nuevo proyecto de investigación sobre la

comunicación donde se interesa por los procesos de clasificación de mensajes y por la forma en que pueden dar lugar a las paradojas. Este equipo de investigación estuvo conformado por, Jay Haley, John Weakland, William Fry y Don Jackson; comenzó a estudiar la comunicación de los psicóticos desarrollando la Teoría del Doble vínculo que alude precisamente a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico y describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia (Jiménez, op. cit.)

Posteriormente en 1967 Watzlawick, Jackson y Beavin partiendo de los principios de la Cibemética, de las ideas esbozadas en la obra de Bateson y Ruesch y la Teoría del Doble Vínculo publican "La Pragmática de la Comunicación Humana". En ésta proponen, para fundamentar su aproximación teórica, cinco axiomas:

- 1) Imposibilidad de no comunicar: Si se acepta que toda conducta tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, de manera que todo lo que una persona hace, dice o deja de hacer, tiene significado, por lo que no puede dejar de comunicar.
- 2) Niveles de contenido y relaciones de la comunicación: Lo importante es la conexión que existe entre los aspectos de contenido (lo referencial) y relación (lo conativo) en la comunicación. El primero transmite los "datos" de la comunicación y el segundo, cómo deben entenderse dichos datos.
- 3) Puntuación de la secuencia de hechos: Esta organiza los hechos de la conducta, y por ende, resulta vital para las interacciones en marcha.
- 4) Comunicación digital y analógica: Al comunicar digitalmente nos encontramos transmitiendo el contenido del mensaje, esto es, utilizamos palabras para nombrar algo, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica, es decir, todo lo que sea comunicación no verbalmente.
- 5) Interacción simétrica y complementaria: Puede describirse como relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1981).

Finalmente según este marco, la comunicación es la que permite identificar la interacción entre los diversos componentes de un sistema. Desde el punto de vista sistémico, no se concibe a la comunicación como una cadena lineal de elementos donde cada individuo participante es "un simple emisor o receptor de información" como lo propone el modelo de Shannon, sino como un modelo donde existe causalidad circular, y cada elemento del sistema de comunicación es retroalimentado mutuamente estableciendo juegos circulares

de informaciones e influjos recíprocos entre ellos (Winkin, 1987; Nardone y Watzlawick, 1992 cit. en Jiménez, op. cit.).

2.1.1.1 Modelo de Terapia Estructural

Antecedentes

A finales de los años sesenta el gobierno de Estados Unidos inició el apoyo a una serie de programas comunitarios para tratar los problemas psicosociales. Salvador Minuchin junto con H. Auerswald y Charles King lanzaron un proyecto de investigación para estudiar y trabajar con familias de muchachos delincuentes en Wiltwyck School. El proyecto de Minuchin, que apareció en *Families of the Slums*, no sólo era un estudio más de investigación sino que generó la unión de una serie de terapeutas destacados como Richard Rabkin, Braulio Montalvo, Haley entre otros. Más adelante, Montalvo se unió a Minuchin en la Clínica de Guía de Niños de Filadelfia creando una colección de videos didácticos cuyo fin fue el análisis de los significados contextuales del comportamiento en las entrevistas familiares, muchas de ellas familias minoritarias.

Minuchin trabajó durante breve tiempo con el modelo ecológico, en donde se incluía a otros profesionales, la familia extensa, figuras de la comunidad, instituciones, pero lo abandonó para concentrarse más en los problemas infantiles dentro de la familia nuclear y para elaborar el enfoque estructural. Desde este modelo, la terapia tiene como objetivo rediseñar la organización familiar, considerando el síntoma como producto de un sistema disfuncional, por tanto, si se alteran en consonancia las posiciones los individuos experimentarán un cambio. Ahora bien, es importante entender que la Terapia Familiar Estructural convierte las abstracciones de la Teoría General de los Sistemas en descripciones de la vida cotidiana de la familia y en prescripciones para la intervención terapéutica (Hoffman, 1981).

Intervenciones

De acuerdo a Minuchin y Fishman (1999), para poder comenzar a intervenir, el terapeuta deberá tener en cuenta tres puntos importantes:

1) ETAPA DE DESARROLLO EN EL QUE SE ENCUENTRA LA FAMILIA.

Las familias atraviesan una serie de transiciones a lo largo de su desarrollo, es importante entonces conocer cuáles son estas etapas, sus funciones así como considerar los posibles problemas que se podrían plantear en cada una de estas.

- El Noviazgo
- Matrimonio sin hijos
- Matrimonio con hijos pequeños
- Matrimonio con hijos adultos
- Vejez

2) LA ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

Minuchin (1986) define la estructura familiar como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la forma en que interactúan los miembros de la familia" (p.86).

Para lo cual el terapeuta analiza lo siguiente:

Límites: Constituidos por reglas que definen quiénes participan y de qué forma.

Subsistema u holónes: Estos pueden ser individual, conyugal, parental, fraterno.

Jerarquía: Es el dominio que ejercen unos sobre otros dentro de la familia. Designa reglas de ordenamiento que subordina elementos de un sistema a otros elementos.

Alianzas: Señala a una afinidad positiva entre dos unidades del sistema. Una alianza es totalmente neutra.

Coaliciones: Es un ordenamiento, en que por lo común participan varios miembros de la familia, con una postura combativa, de exclusión o de chivo emisario, en perjuicio de un tercero

Territorio: Espacio emocional

3) ADAPTACIÓN Y FLEXIBILIDAD DE LA FAMILIA PARA EL CAMBIO.

Se refiere a la forma de reacción de las familias que frente a los procesos transicionales de adaptación ante nuevas situaciones pueden incrementar la rigidez de sus pautas, de sus límites transaccionales y evitar la exploración de variantes o bien adaptarse y cambiar sus pautas.

Por otro lado, cuando la familia llega a terapia, podemos considerar que los síntomas del paciente identificado son mantenidos por el sistema o son un recurso para mantener el sistema. Por tanto, la función del terapeuta consistirá en ayudar al paciente identificado y

a la familia facilitando la transformación del sistema familiar. Para lograr esto se deben realizar tres pasos:

A) ASOCIARSE A LA FAMILIA.

La asociación son los métodos del terapeuta para la creación de un sistema terapéutico y situarse como líder. El terapeuta lo puede hacer desde diversas posiciones: de cercanía, intermedia, o distante.

B) SACAR A LA LUZ Y EVALUAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR SUBYACENTE

Se debe evaluar a la familia y desarrollar objetivos terapéuticos basados en esa evaluación. La dinámica y la estructura se transmiten a través del contenido y el orden de las comunicaciones entre sus miembros, por lo tanto, el terapeuta deberá estar atento a esto.

C) CREAR CIRCUNSTANCIAS QUE PERMITIRÁN LA TRANSFORMACIÓN DE ESTA ESTRUCTURA.

Por lo general la composición de la familia no es la que se modifica, sino el modo en que algunos miembros se relacionan entre sí. Minuchin y Fishman (op. cit.) describen una serie de técnicas que sirven para desafiar o cuestionar los tres rubros importantes de la evaluación.

Técnicas

1) PARA EL CUESTIONAMIENTO DEL SÍNTOMA: El objetivo de estas técnicas es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes.

Las técnicas que están al servicio del cuestionamiento de las suposiciones que la familia tiene sobre el síntoma son:

- La escenificación: la cual permite observar la comunicación verbal y no verbal en que los miembros de la familia emiten señales unos a otros. Esto puede desde tres estilos: Interacciones espontáneas, las que el terapeuta solicita, y nuevas modalidades que infunden esperanza a la familia.

-
- El enfoque: En la sesión escoge ciertos elementos de la interacción de esta familia y organiza el material de manera que guarde armonía con su estrategia terapéutica.
 - Intensidad: El terapeuta necesita hacer que su mensaje sea asimilado dentro de su esquema cognitivo como una información nueva. Para llevarlo a cabo puede repetir: el mensaje, las interacciones isomórficas o cambiar de distancia.

2) PARA EL CUESTIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA: Con estas técnicas se pretende diferenciar y delinear las fronteras de los holones familiares para su crecimiento y flexibilización. El objetivo es movilizar y modificar la estructura familiar, desafiando la existente. Las técnicas que se tienen para esta estrategia son:

- Fronteras: Apunta a la distancia psicológica entre los miembros de la familia. Las maniobras especiales para cambiar la proximidad entre los miembros de la familia abarcan; movimientos en el espacio: utilizarse a sí mismo como un trazador de fronteras espaciales y extender o alargar un proceso dando a la familia tareas para el hogar que apoyen el proceso iniciado en la sesión.
- Desequilibramiento: La meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. El terapeuta tiene que utilizarse a sí mismo como miembro del sistema terapéutico para cuestionar y modificar la distribución de poder en el seno de la familia. Esto lo hace a través de la alianza con miembros de la familia, alianza alternante, ignorando a miembros de la familia y coaligándose contra algún miembro.
- Complementariedad: Cuestiona y modifica la relación jerárquica entre los miembros a través de: el cuestionamiento del problema, del control lineal, y del modo de recortar los sucesos.

3) PARA EL CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD: El terapeuta ofrece a la familia una visión diferente, reestructurando o reencuadrando la realidad conflictiva y estereotipada que han vivido, de manera tal que aparecen nuevas posibilidades de interacción. Las técnicas por medio de las cuales el terapeuta va a cuestionar la concepción del mundo que posee la familia son:

- Constructos cognitivos: El objetivo es obtener una mirada de la realidad más flexible y pluralista, por medio de la utilización de: Símbolos universales, verdades familiares y el consejo especializado.

-
- Lados fuertes: Una vez cuestionada la concepción del paciente individualizado, se enfocan las capacidades curativas y herramientas que tiene la familia.
 - Paradojas Es un instrumento clínico para enfrentar las resistencias y evitar una lucha por el poder entre la familia y el terapeuta. Se pueden clasificar como: Directas o basadas en la aceptación, Basadas en el desafío y por el grupo de consulta como coro griego:

2.1.1.2 Modelo de Terapia Estratégica

Antecedentes

En los inicios del grupo de Palo Alto antes de la fundación del MRI (Mental Research Institute), Jay Haley trabaja con Gregory Bateson y John Weakland en el proyecto de investigación sobre los conceptos de la comunicación. Para el verano de 1955 durante la investigación sobre las paradojas en la comunicación Jay Haley y John Weakland comenzaron a visitar semanalmente a Milton Erickson (Zeig y Geary, 2000 citado en Jiménez, op. cit.). Para ellos, la manera de hacer terapia de Erickson representó un material clínico fundamental. Observaron que de forma intuitiva y empírica, había preparado y utilizado estrategias terapéuticas que venían a ser la aplicación directa y antecedente de muchas de las formulaciones teórico-prácticas que el grupo de Bateson había formalizado como modelos. Notaron que Erickson basándose en su experiencia de hipnólogo, utilizaba en terapia formas paradójicas de acción y prescripción, poniendo en práctica una forma que bien podría denominarse doble vínculo terapéutico (Erickson, Haley y Weakland, 1980). Sin embargo, Haley y Weakland en sus conversaciones con Erickson descubrieron que, aunque el análisis del trabajo de este último se adecuaba con la teoría que ellos proponían, ésta no le servía de reflexión para provocar los cambios terapéuticos, debido a que Erickson no se preocupaba por conceptos tales como la homeostasis, la función o desplazamiento del síntoma, etc. sino que para él la pregunta esencial era "¿De qué modo como terapeuta puedo inducir un cambio en la persona que está ante mí?" (Wittezaele y García, 1994., p. 253, cit. en Jiménez, op. cit.).

Más adelante, en 1967 Haley trabajó en Filadelfia en Child Guidance Clinic donde colaboró junto con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo interesándose cada vez más por la estructura y la jerarquía (Haley, 1980).

Postulados

En 1973, se publicó *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson* (Haley, 1986). En esta obra Haley introdujo la expresión de "Terapia Estratégica", y elaboró sus ideas sobre el enfoque ericksoniano de los problemas que aparecían en las diversas etapas del ciclo vital de la familia. Sin embargo, el paso de Haley del interés en los procesos al interés en la forma resulta más claro en sus obras subsiguientes: *Terapia para resolver problemas* (1980) y *Trastornos de la Emancipación Juvenil* (Haley, 1985). Ahora bien, el enfoque de Haley se basa en la creencia de que los síntomas son signo de un sistema en el cual el ordenamiento jerárquico es constantemente ambiguo e involucra coaliciones reiteradas que cruzan los límites generacionales u organizacionales. Esa ambigüedad o confusiones se observan a través de los modos repetitivos en que los miembros del sistema se tratan entre sí, particularmente con respecto a la conducta problema. Incluso Haley (op. cit.) formuló una regla fundamental de que cuando en una organización social se establecen coaliciones secretas entre distintos niveles jerárquicos y, además, se presentan frecuentemente, esta organización entra en peligro. Por esto, una de las tareas del terapeuta será identificar dichas coaliciones o distinguir las jerarquías confusas, y entonces restablecer las jerarquías de poder, es decir, promover una jerarquía congruente y bien definida. (Galicia, 2004 cit. en Eguiluz, 2004).

Intervenciones

La terapia estratégica consiste en identificar problemas resolubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzar las metas, examinar las respuestas que se reciben para corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz (Haley, op. cit.). Para lograr lo anterior Haley propuso un esquema de entrevista inicial que consta de cuatro etapas:

1) ETAPA SOCIAL

Aquí el terapeuta crea la relación con la familia, especialmente en el momento de la presentación y saludos a cada integrante. No obstante, aprovecha para observar el estado de ánimo de la familia, ya que puede haber desacuerdos entre sus miembros acerca del problema, del motivo de consulta y observa si existen coaliciones y alianzas.

2) ETAPA DE PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando la familia llega sin saber por qué se ha convocado a todos, es oportuno que el terapeuta aclare cuál es su intención de reunir a todos, es decir conocer la opinión de cada uno con respecto al problema. Además, en esta etapa deberá plantear alguna pregunta enfocada en el cambio y no en el trastorno o dificultad de los cambios que desean lograr la familia. Es importante considerar la dimensión jerárquica interna de la familia al formular la pregunta. Todos deberán tener la oportunidad de expresarse sin dar la impresión de querer provocar desacuerdos entre dos personas, únicamente se desea conocer la opinión de cada entrevistado. Al momento de que alguien se expresa, se observarán las reacciones de los demás, ya que su comportamiento revelará si concuerdan o discrepan con lo que se dice.

3) ETAPA DE INTERACCIÓN

Consiste en lograr que los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema por lo que el terapeuta debe dejar de ser el centro de la conversación sin abandonar la conducción de la entrevista promoviendo la discusión acerca de las discrepancias surgidas. La intención es lograr que con la información que proporcionen los pacientes, ya sea de forma verbal o no verbal, se puedan identificar las pautas de comunicación, la organización jerárquica así como la estructura de la familia (Galicia, 2004 cit. en Eguiluz, op. cit.).

4) DEFINICIÓN DE LOS CAMBIOS DESEADOS

Es importante obtener del grupo una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia. Esto ayuda a concentrarse en las cuestiones importantes, y a construir un punto de partida para fijar metas de la terapia.

La negociación y formulación de los cambios deseados deben incluir un carácter operacionalizable, observable o medible. La razón por la que debe especificarse claramente es que el terapeuta podrá saber si ha tenido éxito o no, ya que se podrán detectar los primeros cambios.

Ahora bien, una vez establecidas las metas terapéuticas el siguiente paso es el *empleo de las directivas*. Haley (op.cit.), define las directivas como "todo cuanto se haga en terapia..." "decir a otros qué deben hacer". Madanes (1984), explica que para el terapeuta

es imposible evitar impartir directivas, incluso en las cuestiones que elige comentar y el tono de voz conlleva cierta orientación; sin embargo, hay que tomar en cuenta que en este modelo las directivas son planificadas deliberadamente y existen dos formas de plantearse: de forma "directa" e "indirecta."

Tipos de Directivas

- **Directas**

Éstas pueden ser: 1) solicitando que deje de ejecutar lo que ha venido haciendo, 2) pidiendo que se haga algo diferente. En la primera, se intenta cambiar el comportamiento pidiendo a otros integrantes de la familia que interrumpan lo que hacen.

En la segunda, se promueve la oportunidad para formar nuevos hábitos. Entre las directivas directas también se proponen las *directivas Metafóricas*; éstas se utilizan cuando se desea que los involucrados en la queja hagan algo que parezca espontáneo, sin tener conciencia de haberla recibido. (Galicia, 2004, cit. en Eguiluz, op. cit.).

- **Indirectas**

Están conformadas por las *tareas paradójicas* donde se solicita que se resistan y de este modo cambien. Éstas son usadas cuando las familias acuden con el deseo de cambiar, pero al mismo tiempo parecen no hacerlo, declinando las posibles soluciones (op.cit). A continuación se presentan algunas de las técnicas ratomadas por Haley.

1) **ALENTAR UNA RESISTENCIA:** El sujeto queda atrapado en una situación donde su intento de resistir es definido como una conducta cooperativa. Una vez que está cooperando, se le puede desviar hacia una nueva conducta.

2) **OFRECIMIENTO DE UNA ALTERNATIVA PEOR:** Esta técnica consiste en dirigir al paciente en un sentido pero haciéndolo de tal manera que lo incita a ir en otro. Si deseamos que el paciente reaccione de cierto modo puede solicitársele una respuesta que no desee dar, y entonces el sujeto elegirá otra en la que gustará participar plenamente.

3) **ALENTAR LA RECAÍDA:** Cuando el paciente está mejorando demasiado rápido el terapeuta incita al paciente a resistirse a sus directivas, siendo esto una manera de solicitarle que trate de no cooperar y que fracase en el intento.

4) **FRUSTRACIÓN DE UNA RESPUESTA PARA ALENTARLA:** El terapeuta señala un modo de comportarse, pero cuando el sujeto empieza a cumplir con esto, interrumpe la respuesta y pasa a otra área. Es así, que cuando el terapeuta retoma la directiva original, el paciente responde mejor. Esto debido a que anteriormente fue detenido cuando ya había surgido en él la disposición a responder.

5) **SIEMBRA DE IDEAS:** En esta técnica se establecen ciertas ideas para después construir algo sobre ellas. Es importante, que durante el proceso de recolección de información se tome nota acerca de ideas que subrayen los pacientes, ya que si es necesario, en un momento indicado se sacarán a la luz para construir sobre ellas.

6) **ÉNFASIS EN LO POSITIVO:** Se basa particularmente en la idea aparente de que cada persona alberga un deseo natural de crecimiento y que el paciente es mucho más cooperativo si uno subraya lo que hace eficazmente.

7) **AMPLIACIÓN DE UNA DESVIACIÓN:** La idea es, tomar lo que el sujeto ofrece y ampliárselo para producir cambios mayores. Si se da una respuesta en un área crucial, tal vez éste logre modificar todo el sistema.

2.1.1.3 Modelo de Terapia Breve del MRI (Mental Research Institute)

Antecedentes

La terapia del MRI fue desarrollada bajo un enfoque de terapia breve centrada en problemas a partir de las investigaciones de la Teoría de Comunicación de Watzlawick, Fish, Weakland en 1968. Su trabajo se caracterizó por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. La duración de la terapia no sobrepasa las diez sesiones las cuales están espaciadas semanalmente y se basan en estrategias eficaces para evitar que sigan vigentes los factores mantenedores del problema que motiva la consulta. Las estrategias se apoyan en una hábil utilización de la postura del paciente y de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta con la finalidad de evitar confrontaciones que dificulten el desarrollo del tratamiento (Jiménez, op.cit).

Postulados

Debido a que los problemas consisten en una conducta presente indeseada, se le da poca importancia a factores del pasado concediéndosele importancia a una clara identificación de la conducta problemática, p.ej. qué es, en qué aspecto es considerada como problema y por quién. Pero para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse dos condiciones:

- 1) Que se haga frente de forma equivocada a la dificultad.
- 2) Que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma "solución" (Fish, Weakland, Segal, 1994).

Este grupo identificó para la intervención de las problemáticas *cinco intentos básicos de solución* que se describen a continuación:

1) INTENTO DE FORZAR ALGO QUE SÓLO PUEDE OCURRIR DE MODO ESPONTÁNEO.

El paciente padece de una dolencia relativa a él mismo. A este grupo pertenecen los problemas de funcionamiento corporal o rendimiento. Es posible conseguir la solución una vez que el paciente renuncie a sus continuos esfuerzos por resolverlo. Para lograrlo se le solicitará que renuncie a la conducta concreta mientras que a su vez se le enseñará que lleve a cabo otra conducta que de por sí excluya la conducta que deseamos eliminar. Esto exigirá una escrupulosa planificación porque debe ser creíble para el paciente.

2) INTENTO DE DOMINAR UN ACONTECIMIENTO TEMIDO APLAZÁNDOLO

El cliente cree que no está en condiciones de dominar problemáticas de tipo ansiosas o fóbicas, por lo que aplaza el enfrentarse al problema mediante una constante preparación para tal enfrentamiento; por tanto se requiere de directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio o incompleto de ella.

3) INTENTO DE LLEGAR A UN ACUERDO MEDIANTE UNA OPOSICIÓN

Los problemas implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración. El cambio está en la definición de que en la relación ambos resultan ganadores y en la posibilidad de darle la sensación al cliente de que se

halla en una postura de superioridad con respecto a la otra persona; para esto se requerirá también que se lleven a cabo solicitudes explícitas.

4) INTENTO DE CONSEGUIR SUMISIÓN A TRAVÉS DE LA LIBRE ACEPTACIÓN

Esta problemática consiste en que una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión. La estrategia consiste en lograr que la persona que solicite algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.

5) LA CONFIRMACIÓN DE LAS SOSPECHAS DEL ACUSADOR MEDIANTE LA AUTODEFENSA

En este caso, por lo general, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocadas, la solución ocurriría cuando una de las partes abandone su papel repetitivo

Además, también existen las *intervenciones generales* cuya utilización puede darse cuando las específicas no han logrado el resultado esperado o cuando conviene completarlas con alguna indicación adicional, las más importantes son cuatro:

1) NO APRESURARSE

Se sugiere al cliente que debe ir despacio explicando estratégicamente que los cambios lentos son más sólidos que los súbitos, esto con la finalidad para que se movilicen hacia el cambio o bien les permitirá valorar cualquier cambio pequeño.

2) PELIGROS DE UNA MEJORÍA

Aquí se informa al cliente, cuando la posición de éste es en oposición al terapeuta, de los riesgos que puede haber de existir mejoría a su situación problemática.

3) UN CAMBIO DE DIRECCIÓN

Cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado el terapeuta puede cambiar de dirección, para esto, se deberá adoptar una posición de inferioridad.

4) CÓMO EMPEORAR EL PROBLEMA.

Al no haber cambios durante las últimas entrevistas, el terapeuta comentará todo lo que tanto el cliente como su familia han hecho para solucionar el problema. Con esto, se pretende subrayar el papel activo de todos en la persistencia del síntoma esperando que con esto asuman una expectativa de lugar de control.

Por otro lado, es importante considerar que para llevar a cabo dichas intervenciones el terapeuta debe tener capacidad de maniobra; esto es, la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. Por ejemplo, deberá hacer uso del lenguaje condicional con lo cual se pone de manifiesto que las sugerencias que se brindan son adecuadas pero el éxito depende del cliente. Otro punto esencial en esta terapia, es ayudar al cliente a que asuma posturas comprometidas y bien definidas. También será necesario, que el terapeuta 1) se mueva en una posición igualitaria, ya que si bien algunos clientes responden positivamente ante una imagen de autoridad o de pericia profesional, para otros puede resultar contraproducente y 2) sepa retirarse y no aferrarse a posturas o estrategias previamente asumidas con el cliente (Fish, Weakland y Segal, op.cit)

2.1.1.4 Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones

Antecedentes

En la práctica de la terapia breve es útil desarrollar la "visión" o descripción de un futuro más satisfactorio con respecto al presente. El modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones se aparta de las explicaciones, los problemas y la patología dirigiéndose hacia las soluciones, competencias y capacidades (O'Hanlon y Wiener-Davis, 1993).

Este modelo terapéutico se incluye entre las terapias sistémicas breves y fue desarrollada en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y su equipo (de Shazer, 1985, 1988, 1991, 1994; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; cit. en Cuenca, 2005). Sus premisas teóricas y planteamientos técnicos están influidos por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, así como por el enfoque clínico del Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982; cit. en Cuenca op. cit). Dicho modelo fue construido a partir de los supuestos básicos de que ningún problema sucede

de manera permanente, sino que hay excepciones temporales y circunstanciales y por tanto, trata de enfocarse en los recursos de los clientes y de aquellas ocasiones en las que no se da el problema (excepciones). No es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla, y es necesario sólo un pequeño cambio para seguir generando otros. Además, promueve constantemente la cooperación con el cliente, al que se trata de ayudar a asumir una posición de control del proceso de cambio (O'Hanlon y Wiener-Davis, op. cit).

Postulados

NEGOCIA UN PROBLEMA RESOLUBLE

Desde un inicio debemos considerar la premisa de que es posible negociar una realidad terapéutica que haga desaparecer la idea de que hay un "problema"; por esto, la prioridad estará basada en hacer que el problema parezca más manejable y de menor magnitud.

CUIDA EL LENGUAJE EN TERAPIA

El lenguaje nos ofrece la posibilidad de ratificar, solidificar ciertos puntos de vista, o cuestionar certezas superfluas. Algunos métodos incluyen:

- Adaptarse al lenguaje del cliente y a su modalidad sensorial: Se emplea al inicio de la terapia las palabras y/o expresiones exactas que los clientes utilizan como forma de unión a ellos y para establecer rapport.
- Usar un lenguaje presuposicional: Se utilizan formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente, esto ayuda a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas.
- Encausar el lenguaje: Se modifican las descripciones en donde se emplean etiquetas fijas y negativas convirtiéndolas en descripciones de acciones.
- Utilizar cuidadosamente los tiempos verbales: Al hacer uso de un lenguaje donde se cree la idea de que el problema está ubicado en el pasado se producirán posibilidades para el presente y futuro.
- Emplear términos definitivos en vez de posibilidades: El objetivo de esto es mostrar confianza al cliente de que se alcanzarán los objetivos.

Componentes de la Entrevista Centrada en Soluciones

UNIÓN: Son los primeros instantes dentro de la terapia en donde se propone tener una conversación sobre cualquier temática que no aborde la razón por la cual están en terapia; esto con el fin de lograr establecer un buen rapport.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: Inicialmente el terapeuta atiende a una breve descripción del problema, para posteriormente realizar una serie de preguntas de donde se extraerá información sobre las excepciones, como p.ej, las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, las fuerzas y recursos de la persona o familia.

BÚSQUEDA DE EXCEPCIONES DEL PROBLEMA: El terapeuta buscará las ocasiones y/o situaciones en las que el problema no sucede, con lo cual se obtendrá información acerca de las cosas que se necesitan para resolver el problema. Para obtener estos datos se realizan algunas preguntas presuposicionales. El objetivo de algunas de estas es p.ej, mostrar certeza de que sí pasan cosas buenas, reunir antecedentes sobre lo que ha hecho el cliente para superar el problema, además de dar ánimo para atribuirse el mérito.

NORMALIZAR Y DESPATOLOGIZAR: Al llegar a terapia los clientes perciben sus problemas como manifestaciones patológicas o desviadas; no obstante, para el terapeuta centrado en soluciones sólo son dificultades ordinarias de la vida las cuales mostrará al cliente a través de preguntas o anécdotas que el terapeuta pueda usar como herramientas.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS: Los objetivos tendrán que ir en relación a lo solicitado por el cliente y no por el terapeuta, aunque en ocasiones éste puede tomar un papel más activo y dar sugerencias alternativas a los objetivos planteados. Dicha intervención siempre tendrá que ser bajo un proceso de negociación. Ahora bien, se tienen que definir acciones, situaciones o cosas concretas y observables para definir los objetivos.

PAUSA Y CIERRE DE SESIÓN: Pasados 45 minutos el terapeuta les explica a los clientes que se tomará una pausa para pensar. A su regreso el mensaje que se les da a los clientes será un resumen de las cosas bien hechas, de elogios, comentarios

normalizadores y nuevos marcos de referencia para después darles una prescripción o tarea.

Técnicas de Intervención

- 1) **PRESCRIPCIONES DE SOLUCIONES O TAREAS:** La meta de éstas es crear la expectativa de cambio, que los clientes vayan a su casa con el objetivo de buscar cosas positivas y que fijen su atención en nuevas conductas. Dichas metas corresponden respectivamente a la tarea genérica, tarea de fórmula de la primera sesión y tarea de la sorpresa.
- 2) **PREGUNTAS DE AVANCE RÁPIDO:** Se utilizan las técnicas orientadas al futuro de Pregunta del milagro y la Bola de cristal cuando el cliente no puede hacer mención de excepciones o cuando pareciera no haber soluciones presentes o pasadas.
- 3) **INTERVENCIONES SOBRE PATRONES:** Los problemas que la gente lleva a terapia generalmente son patrones de conductas que se repiten por ejemplo de habla, pensamiento y acción que constantemente pueden cambiar, por lo cual se puede intervenir sobre:
 - o La queja: El terapeuta hace que el cliente introduzca alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja, p.ej, cambiando la frecuencia, duración, añadir un elemento más, etcétera.
 - o El contexto: Modificar los patrones que regularmente acompañan la queja pueden producir cambios que lleven a su resolución. Por esto se solicitará una descripción detallada de las acciones e interacciones que aparentemente están relacionadas para después alterarlas.
- 4) **PREGUNTA DE ESCALA.** La utilización de las escalas se dirige a generar información de utilidad para el cliente, ya que le permite establecer metas y submetas, identificar avances y atribuirse la responsabilidad por los cambios conseguidos.

2.1.1.5 Modelo de Terapia del Grupo de Milán

Mara Selvini Palazzoli en conjunto con otros terapeutas psicoanalistas fundan para 1967 el Centro para el Estudio de la Familia. Sin embargo, necesita varios años para advertir que la perspectiva familiar y relacional es incompatible con el fundamento teórico y epistemológico del psicoanálisis. Inicialmente pide apoyo a Severino Rusconi, un analista jungiano experto en la coordinación de grupos; sin embargo, entre el periodo de 1967-1970 el grupo de investigadores se va ampliando; además de la inclusión de Rusconi ingresan Simona Taccani, Gabriel Chistoni, Luigi Boscolo, Paolo Ferraresi, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin, quienes tenían una amplia formación psicoanalítica adquirida en Suiza y en Estados Unidos. No obstante, para 1971 Selvini Palazzoli, Giuliana Prata, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin se separan del grupo original, tomando el modelo comunicacional sistémico que contenía: acción observadora autorreflexiva del equipo, nuevos objetos de investigación/terapia, nuevos contextos terapéuticos, dándose cuenta que el modelo psicoanalítico resultaba inadecuado por lo que sería necesario buscar nuevos caminos (Selvini, 1990).

Durante la mayor parte de la década de los 70's, el grupo actuó como un equipo de terapia que se reunía dos días por semana y veía, como promedio a dos familias por día. Decidieron adoptar un modelo circular sistémico evitando mezclar modelos lineales. Se estableció una *forma específica de trabajo*, que consistía en que se realiza una primera llamada la cual se hace dentro de un horario específico, de tal modo que los terapeutas tengan tiempo disponible para hablar y evitar errores causados por apuros. Se fijan ciclos de diez sesiones con un intervalo de cerca de un mes con posibilidad de otro ciclo. Cada sesión se desarrolla regularmente en cinco partes:

- I **Presesión:** se formulan hipótesis preliminares acerca del problema o queja de la familia.
- II **Sesión:** los integrantes del equipo confirman, modifican o sustituyen la hipótesis. Durante la sesión los terapeutas se abstienen de: revelar a la familia los fenómenos observados, emitir valoraciones y/o juicios ya que posteriormente servirán para la intervención final.
- III **Discusión de la sesión:** después de cuarenta minutos el equipo se reúne a solas para discutir la hipótesis y llegar a una intervención.

IV Conclusión de la sesión: Los terapeutas que entrevistan a la familia regresan con ésta y pronuncian la intervención o mensaje, que puede consistir en una connotación positiva de la situación del problema, o en un ritual que la familia debiera cumplir. Este último retoma la situación problema y tiene como fin introducir un cambio en ella.

V Acta de la sesión: se sintetizan los elementos esenciales a menos que haya surgido una interacción excepcional se transcribirá textualmente (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1998).

Cuando este grupo empieza a trabajar, su teoría de la patología se derivaba, en gran parte, de las investigaciones de Bateson centradas en la comunicación del doble vínculo; sin embargo, el grupo de Milán elaboró sus propias formulaciones:

- 1 Las familias en transacción esquizofrénica participan en "juegos" familiares no reconocidos.
2. En estos juegos, sus miembros se esfuerzan unilateralmente por lograr el control recíproco de las conductas.
3. La tarea del terapeuta es poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989).

Dentro de las técnicas terapéuticas, el grupo adquirió y extendió algunos de los métodos introducidos por el MRI resultando así lo que el grupo de Milán llamó, "la contraparadoja"; es decir, se *connotaría positivamente* toda la situación problema y se prevendría a la familia contra cualquier cambio prematuro (Boscolo y cols., op. cit.). La contraparadoja se debe basar en la información recogida durante la sesión, pero al mismo tiempo debe dar a las conductas de los distintos miembros una explicación completamente diferente de las habituales según la visión del mundo de la familia (Selvini Palazzoli y cols., op. cit.). La *connotación positiva* según Boscolo y cols., (op. cit.). es un mensaje por medio del cual el o los terapeutas comunican a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto. Para Mara Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli y cols., op. cit.) consiste en aprobar todas las conductas del paciente señalado y de los demás miembros de la familia, en especial de aquéllos que tradicionalmente se consideran patológicos. Con la connotación positiva se expresa implícitamente el acuerdo con la familia de los esfuerzos por conservar la homeostasis por lo que se manifiesta principalmente cuando la familia se siente más amenazada. Dicha técnica fue elaborada a partir del método del MRI de

prescripción del síntoma. Sin embargo, para el grupo de Milán al apoyar el síntoma se connotaban negativamente los juicios en oposición de otros miembros de la familia (Boscolo y cols., op. cit.). Por consiguiente, el grupo decidió connotar positivamente tanto la conducta del paciente identificado como el comportamiento sintomático de los demás miembros de su familia. Así se encontraron dos funciones terapéuticas esenciales de la connotación positiva:

- 1) Definir claramente la relación sin peligro de recibir una descalificación
- 2) Dicha definición debe ser de un tipo de contexto en cuanto terapéutico

Además permite:

- 1) Situar a todos los miembros de la familia en un mismo plano en cuanto complementarios en relación con el sistema, sin connotarlo como moralista evitando así trazar líneas arbitrarias entre unos y otros.
- 2) Acceder al sistema mediante la confirmación de su línea homeostática
- 3) Ser aceptados en el sistema como miembros de pleno derecho, en cuanto animados de la misma intencionalidad
- 4) Connotar positivamente la tendencia homeostática para provocar, paradójicamente, la capacidad de transformación, pues la connotación positiva abre el camino a la paradoja.
- 5) Definir claramente la relación en el vínculo familia -terapeuta
- 6) Definir el contexto como terapéutico" (Selvini Palazzoli y cols., op. cit.)

Otra técnica igualmente importante que introdujo el grupo de Milán fue el uso de rituales cuyo objetivo es terminar con los mitos familiares. Dicho grupo destacó que el poder del ritual reside en el hecho de que está más cerca del código analógico (no verbal) que el digital en cuanto este es llevado a cabo (Imber-Black y Roberts, 1991). Un ritual según Selvini Palazzoli y cols., (op. cit.) es "una acción o acciones combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia" (p.109). Para que resulte efectivo tiene que comprometer a toda la familia y a menudo deberá entregarse por escrito a la familia las especificaciones como son: la forma en la que debe realizarse, horario, ritmo de repetición, quién pronunciará las fórmulas verbales, secuencia etc. Para Imber-Black y Roberts (op. cit.) los rituales

proporcionan marcos de expectación en los cuales, por medio del uso de la repetición, la familiaridad y la transformación de lo que uno conoce pueden generarse nuevas conductas, acciones y significados. Facilitan también la coordinación entre individuos, familias, comunidades y entre el pasado, presente y futuro, además de que permite que se experimenten emociones fuertes en un marco de seguridad al mismo tiempo que se producen conexiones interpersonales. Es necesario señalar que para el grupo milanés es importante *la forma en la cual se prescribe una tarea* determinada a una familia, ya que una prescripción tiene como objetivos:

- Constituir una marca de contexto terapéutico designándola como tal;
- Provocar en la familia una reacción que ilustre sobre su disponibilidad y motivación con respecto a un eventual tratamiento
- Delimitar un campo de observación y ordenar la sesión siguiente (Selvini Palazzoli y cols., op. cit. p.80).

Por otro lado, aproximadamente en 1975, con la lectura por parte del equipo de Milán del libro "Pasos hacia una ecología de la mente" de Bateson obtienen la noción de la circularidad cibernética como modelo de sistemas vivos. Selvini Palazzoli y cols., (op.cit, en Boscolo y cols., op. cit.) definen como circularidad a la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de la retroalimentación recibida de la familia en respuesta a su pedido de información acerca de vínculo y por lo tanto de diferencias y cambios. A partir de esto el equipo desarrolla el interrogatorio circular, el cual explica Karl Tomm (1987) que se plantea para orientar al terapeuta hacia la situación del paciente, pero se basan en suposiciones circulares sobre la naturaleza de los fenómenos mentales. Se caracterizan por una curiosidad general sobre la posible conexión de eventos que incluyen el problema, más que la necesidad para conocer los orígenes precisos del problema; asimismo, tienen efectos liberadores en la familia debido a que en el momento en que se formulan las preguntas, los miembros de la familia que escuchan también realizan su propia conexión y por ende hacen conscientes sus patrones de interacción.

Además del desarrollo del interrogatorio circular derivado del concepto de circularidad, el equipo publica el artículo "Elaboración de Hipótesis, Circularidad y Neutralidad, Tres directrices para la coordinación de la sesión" (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980). Dicho escrito marca un avance hacia una visión batesoniana mostrando su

posición innovadora en materia de física y biología las cuales empezaban a llamar la atención de los terapeutas familiares (Boscolo y cols., op. cit.). De esta forma, las hipótesis para ellos determinan el punto de partida de su investigación, por lo cual el terapeuta debe tener la capacidad de construirlas a partir de la información que posee. Proponen la idea de que la terapia es una operación de investigación emprendida junto con la familia. Esta debe ser sistémica es decir, se debe explicar todos los elementos contenidos en una situación problema y como se conectan entre sí (Boscolo y cols., op. cit.). Cecchin (1987), menciona que cuando las hipótesis dejan de ayudarnos a formular preguntas circulares o no nos ayudan a mantener el sentido de curiosidad, probablemente hemos tropezado con una hipótesis en la que estamos muy dispuestos a creer y aceptar. Mientras que la neutralidad, busca adoptar varias posiciones más que no adoptar ninguna. El grupo de Milán afirma que si un terapeuta logra mantenerse "neutral" durante una sesión, los miembros de la familia entrevistados no sentirán que hubo alianza con alguno. Dicha posición excluye igualmente la adopción de posturas morales, que suelen llevar a ponerse de parte de una persona y en contra de otra. Mantener la neutralidad significa ser capaz de moverse en medio de estos reclamos antagónicos. Para Cecchin (op. cit.) la neutralidad es descrita como "la creación de un estado de curiosidad en la mente de un terapeuta, la cual lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos" generando puntos de vista diferentes lo que a su vez engendrarán mayor curiosidad.

Ahora bien, con la influencia de la Cibemética de segundo orden y sus principales representantes (Heinz von Foerster, Humberto Maturana, Francisco Varela) Boscolo y Cecchin comenzaron a diferir del punto de vista de Selvini Palazzoli y Prata, por lo que en 1980 deciden separarse, quedando ambos al frente del Centro de Estudios de la Familia, mientras que Selvini Palazzoli y Prata continúan su trabajo prestando mayor atención al desarrollo de investigación de los juegos psicóticos familiares. La orientación del trabajo de Boscolo y Cecchin cambió de manera impresionante, ya que durante un tiempo se vieron expuestos a varios fracasos, como por ejemplo la alta deserción de las familias, o la desatención del contexto en el que operaban los terapeutas en formación. Fue entonces, que al intentar corregir sus errores ambos impartieron la consigna de que los terapeutas que asistieran al centro debían actuar con modestia, ceder en cualquier discusión referente al método terapéutico y hasta poner en duda las nuevas ideas que aprendían. Una vez logrado esto, fueron capaces de establecer un rapport más fructífero

y cooperativo con las instituciones en donde trabajaban. Así mismo crearon la idea de "sistemas significantes, el cual incluye todas aquellas unidades que se activan en el intento de aliviar los problemas cuya solución se solicita a los profesionales" (p.42) Esto es, la formación ya no se concentraba en el sistema familiar sino en sistemas más amplios, y ubicaban al individuo y la familia dentro de contextos más extensos (Boscolo y cols., op. cit.). Finalmente, a partir de todos estos cambios, Boscolo y Cecchin continuaron ejerciendo la docencia, investigación e impartiendo talleres por todo el mundo, involucrándose y analizando las nuevas visiones terapéuticas.

2.1.2 Fundamentos de las Terapias Posmodernas.

Alrededor de los años setenta surge una nueva tendencia en la conceptualización de los procesos sociales a la que se le ha nombrado posmodernismo. Ésta alienta la crítica a lo social, al modernismo e incluso al mismo posmodernismo. Realiza cuestionamientos de las metanarrativas fijas, las verdades universales, los discursos privilegiados y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo (Anderson, 1997). El pensamiento posmoderno se dirige a una práctica discursiva de pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas; hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis de temas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, la persona y el poder. Acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje. Ve al conocimiento y al conocedor como una construcción social e interdependiente, partiendo de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión (Lyotard, 1984; Madison, 1988; cit. en Anderson, op. cit.). Para el posmodernismo no se puede tener un conocimiento directo del mundo sino que sólo se le puede conocer a través de nuestras experiencias.

Ahora bien, a partir de la segunda mitad de los años ochenta en el ámbito de la terapia familiar algunos autores como Kenneth Gergen, Tomás Ibáñez, John Searle, Rom Harré o John Shotter, introducen con la teoría del Construccionismo Social o Socioconstruccionismo nuevas formas de ver los problemas humanos y la psicoterapia (Limón, 2005). Se trata de un proceso de intercambio social. Los significados del lenguaje es decir, los significados que atribuimos a las cosas, acontecimientos, gente y a nosotros mismos, son el resultado del lenguaje que usamos del diálogo social, el intercambio y la interacción que construimos socialmente (Gergen, 1994, p.66; cit. en Anderson, op. cit.).

Hoffman (1996), menciona que los teóricos del Construccinismo Social sostienen que las ideas, conceptos y recuerdos surgen del intercambio social y son influidos por el lenguaje. Es por medio del contacto con los demás y de lo que se comunican unos con otros que se produce un "conocimiento". Para ellos, todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente, y es sólo a través de la permanente conversación que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o voz interior.

Con este planteamiento en terapia, según Hoffman (1989) se evita la idea de arreglar algo que se ha descompuesto o que no está funcionando. Gergen y Warhuss (2001) mencionan que del diálogo construccionista surgen cuatro enfoques terapéuticos en cuanto a la posición y objetivos del terapeuta:

1) *Del énfasis en los fundamentos a la flexibilidad*; donde invita a abandonar la búsqueda de fundamentos, el punto de vista único y singular sobre el funcionamiento humano que predomine sobre los demás. Invita a soltar la competencia que ha durado tanto entre las diferentes escuelas de terapia, al igual que todas las posturas que tienen que ver con diagnósticos fijos y comparación de resultados. Para el construccionista, una "comprensión más exacta y objetiva" deja de tener vigencia. Todo conocimiento es una construcción que está inmersa en una cultura. Por lo tanto, la terapia eficaz requiere discursos múltiples, incluyendo el cultural.

2) *Del esencialismo a la conciencia de una construcción*; para el construccionista no existen problemas, causas, fuerzas, estructuras, que no se deriven de las interpretaciones basadas en el pensar común. Al intentar articular lo que existe, al ubicarlo en el lenguaje, penetramos el mundo de los significados generados socialmente. El construccionismo se opone a la tendencia de esencializar el lenguaje; o decir, se opone a usar las palabras como si fueran imágenes, mapas o réplicas que existen independientemente del que interpreta.

3) *De la creencia en ser experto a la colaboración*; la teoría construccionista invita a que se tome una actitud de colaboración al acercarse al consultante. Tom Andersen (1995, cit. en Gergen y Warhuss, op.cit), habla de "heterarquía", es decir, se establece una relación 'democrática' o 'igualitaria'. Anderson y Goolishian (1992;

Goolishian, 1992; Goolishian y Anderson, 1997 cit. en Gergen y Warhuss, op. cit.) proponen un asociación colaborativa con el cliente, donde el terapeuta es alguien que "no sabe". De allí que la interpretación sea siempre un diálogo entre el terapeuta y el consultante, no el resultado de narrativas teóricas predeterminadas.

4) *De la neutralidad a la relevancia valorativa.* Desde el punto de vista construccionista una posición de neutralidad también tiene consecuencias éticas y políticas. El trabajo terapéutico necesariamente implica una forma de activismo político y social y cualquier acto realizado dentro de una sociedad crea su futuro, para bien o para mal. Además no significa que se deban evitar posturas que privilegien los valores, pero tampoco se trata de abandonar la búsqueda hacia una sociedad mejor. Es así entonces, que la premisa construccionista promueve un diálogo mutuamente transformador entre cliente y terapeuta. (Paré y Sawatzky, 1999 cit. en Gergen y Warhus, op. cit.).

Entre los principales modelos terapéuticos que asumen de alguna manera el pensamiento posmoderno están los Modelos Narrativos, siendo sus principales representantes Michael White y David Epston, los basados en Procesos Reflexivos propuestos por Tom Andersen y el Enfoque Colaborativo de Harry Goolishian y Harelene Anderson.

2.1.2.1 Modelo de Terapia Narrativa

Las terapias narrativas asumen que el conocimiento es socialmente construido y por eso existen diversas maneras para entendernos y comprender a los otros. Los terapeutas narrativos intentan adoptar una posición de curiosidad, armando las piezas junto con el cliente. Además, pretenden ayudar al cliente sacando sus propios significados y experiencias las cuales proporcionan historias más útiles y con mayor poder. Esto sirve también para separar descripciones patológicas y totalizadoras, o bien para invitarlos a explorar voces alternativas potencializadoras (Smith y Nylund, 1997).

El *proceso de la Terapia Narrativa* consta de: *externalización del problema* que consiste en separar la identidad de la persona del problema por el cual están consultándonos. Esto es en base a la premisa de que la situación problemática *es el problema*, en vez de ver a la persona como el problema (Morgan, 2000). La externalización ayuda a los miembros de la familia a separarse y separar sus relaciones del problema, abriendo la posibilidad de que se describan a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no

saturada por el problema, permitiendo el desarrollo de una historia alternativa de la vida familiar. Las *preguntas de influencia relativa* son especialmente útiles para trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones, así como para describir su propia influencia sobre la "vida" del problema. Estas preguntas abarcan el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal (White y Epston, 1993).

Una vez que se han separado los relatos dominantes podrán recuperar la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida. A estos hechos White los llama "*acontecimientos extraordinarios*" (White, 1987, 1988 citado en White y Epston op. cit.). Cuando se identifican estos acontecimientos extraordinarios puede estimularse a las personas a que desarrollen nuevos significados en relación con ellos. Pero para facilitar este proceso que White llama "recreación" el terapeuta puede hacer una variedad de preguntas relativas al "*panorama de acción*" y preguntas relativas al "*panorama de conciencia*". Las primeras hacen que las personas sitúen logros aislados en secuencias de sucesos que se desarrollan en el tiempo de conformidad con tramas particulares. Tales preguntas obran a manera de puente entre hechos preferidos del presente y el pasado; alientan a las personas a identificar la historia de los logros aislados localizándolos dentro de secuencias particulares de sucesos que ocurren en el tiempo. Las preguntas relativas al panorama de conciencia hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el panorama de acción. Estas preguntas incitan a las personas a reflexionar en los sucesos tales como éstos se han desarrollado en la historia reciente y en la historia más distante del panorama de acción (White, 1997).

Finalmente, es importante señalar que el lenguaje escrito realiza una contribución importante en el proceso de *redescripción de las personas*, así como para dejar sustentado los deseos, conocimientos y compromisos. Otra ventaja es que son accesibles en cualquier momento en que las personas deseen consultarlos. Morgan (op. cit.), hace referencia a diferentes tipos de documentos terapéuticos que sirven para este fin, entre ellos se encuentran: cartas de invitación, despedida, predicción, contraderivación, cartas para ocasiones especiales, certificados o diplomas, declaraciones, autocertificados, notas de la sesión, videos, dibujos y listas.

2.1.2.2 Modelo de Terapia basado en Equipos de Reflexión

El equipo de reflexión hace referencia a una nueva forma de trabajo terapéutico introducido aproximadamente en 1984 por el Psiquiatra Noruego Tom Andersen. Él, después de trabajar por varios años bajo la modalidad de equipos terapéuticos, comenzó a sentirse incómodo con la posición de terapeuta experto y a enfrentar, junto con sus colaboradores, los dilemas que se presentaban cuando tenían que decidir sobre cuáles de los comentarios y las intervenciones discutidas en el equipo darían a sus clientes. Esto lo llevó a cuestionarse ¿por qué ocultar a las familias las deliberaciones a las que llegaban los terapeutas?, decidiendo que permitirían que los clientes vieran y oyeran lo que los terapeutas tenían que decir sobre el tema para que les resultara más fácil encontrar sus propias respuestas (Beltrán, 2004).

Andersen (1990, citado en Fernández, London y Tarragona, 2003) sugiere que para llevar a cabo un equipo de reflexión:

- Los miembros del equipo puedan estar detrás de un espejo o bien en el mismo espacio que los clientes y la terapeuta.
- Durante la entrevista, los miembros del equipo escuchen en absoluto silencio, sin hacer comentarios entre ellos. El equipo nunca interrumpirá la entrevista para ofrecer consejos ni hacer preguntas.
- Después de un rato de entrevista, el terapeuta puede solicitar la participación del equipo, o el equipo puede indicar que tiene ideas que quiere compartir.
- Si el equipo está detrás del espejo, puede intercambiar puestos con la familia y la terapeuta para ofrecer sus reflexiones.
- Al hablar, los miembros del equipo se miran entre ellos, no establecen contacto visual con los clientes
- Los miembros del equipo ofrecen sus reflexiones de manera tentativa
- Los comentarios se basan exclusivamente en lo que se escuchó durante la entrevista.
- La participación del equipo generalmente toma de 5 a 10 minutos.
- Tras escuchar al equipo, los clientes y el terapeuta comentan sobre lo que oyeron.

Ahora bien, Lax (1995, citado en Fernández, London y Tarragona, op. cit) recopila y propone diferentes sugerencias entorno al equipo reflexivo, señalando dos momentos del trabajo:

I. Antes de la intervención del equipo aconseja a los miembros del equipo que pueden hacerse a sí mismos algunas preguntas p.ej ¿Qué elementos de la entrevista estimularon mis ideas?, ¿Hubo algo en especial de lo que ví u oí que me lleve a pensar de esa manera?, ¿Hubo algo en lo que oí que me haya emocionado o "llegado" personalmente? y ¿Hay alguna experiencia en mi vida que me haya llevado a tener pensamientos o asociaciones similares de las que quisiera comentar en este momento?

II. El Equipo en Acción: Al momento de ofrecer sus reflexiones los miembros del equipo pueden conversar entre sí de 10 a 15 min. Un miembro del equipo podrá hacer una pregunta acerca de algo novedoso que haya notado en la entrevista. Cada pregunta puede referirse tanto a la historia de la excepción como sus posibilidades al futuro. Los miembros del equipo contextualizarán sus comentarios en función de su experiencia, educación, sistema de creencias, etc, si un miembro del equipo no lo hace otros lo pueden hacer o ayudarlo a hacerlo. Lax (op. cit.) enfatiza la importancia de hacer público el origen de las ideas de los miembros del equipo, ya que, al contextualizar cada pregunta se hace evidente que los comentarios no son necesariamente correctos o útiles para el cliente, debido a que son producto de la propia experiencia e ideas de los integrantes del equipo. Esto también puede ayudar a explicar por qué el miembro del equipo cree que su pregunta le puede ser útil al cliente aún y cuando este no lo considere así.

Para White (1995) el trabajo con equipos de reflexión es como una especie de "ceremonia de definición" en la que los miembros del equipo son "testigos externos" que validan las historias y las identidades preferidas de los clientes. Piensa que el grupo promueve también una "autoconciencia reflexiva" en la que las personas tienen una mayor conciencia de cómo se ven a sí mismos y pueden darse cuenta de opciones para darle forma a su propia vida.

2.1.2.3 Enfoque Colaborativo

La terapia de impacto múltiple fue creada en 1950 por Goolishian y sus colegas como una forma de terapia breve centrada en la familia donde se trabajaba junto con un equipo multidisciplinario. Harlene Anderson inicia su labor como terapeuta familiar a raíz de su contacto con Harry Goolishian en 1970 en la University of Texas Medical Branch en Galveston, Texas. Anderson menciona que la terapia de impacto múltiple fue para ella una aproximación novedosa para la comprensión de la terapia y para el diseño de una nueva teoría social (Beltrán, op. cit.). El trabajo conjunto de Anderson y Goolishian se estableció formalmente en 1977 a partir de la fundación del Galveston Family Institute, en colaboración con Paul Dell y George Pulliman. Anderson (2001, 2003^a; citado en: Beltrán, op. cit.) explica que un fin estratégico en la terapia era darle importancia al uso del lenguaje de los clientes, esto es, hablar su lenguaje para conocer sus valores y visiones del mundo. No obstante, el acercamiento a la obra de Humberto Maturana sobre la biología del lenguaje, como al construccionismo social y la hermenéutica (que se refiere, a la comprensión del significado de un texto o discurso, incluidas la emoción y la conducta humana, además sostiene que la comprensión siempre es interpretativa y que no hay un punto de vista único o privilegiado) dieron paso a que Anderson y Goolishian se cuestionaran las premisas que sustentaban el pensamiento sistémico-cibernético. Dejando de considerar al lenguaje como una función o como una herramienta semejante a la retórica sino empezando a atenderlo como la esencia del diálogo y, por tanto, del proceso terapéutico.

Las premisas de este enfoque se basan en la idea de que los seres humanos somos sistemas en lenguaje o sistemas de lenguaje generadores de significados y la terapia, es un tipo de sistema de lenguaje o de generación de significados. Tiene que ver con una forma de ser, de pensar, hablar y relacionarse con las personas con las que nos reunimos en la terapia. Implica una postura que le comunica al otro que es un ser humano único, no un tipo de persona o una categoría, y que vale la pena escuchar lo que tiene que decir. Si un terapeuta cree esto, tiene una forma natural y auténtica de conectarse, colaborar y construir con el otro, creando la posibilidad de que la terapia sea una investigación compartida en la que cliente y terapeuta exploran juntos lo familiar y co-crean lo novedoso. Resultando esto más participativo, colaborativo y menos jerárquico. Estableciéndose como meta desorganizar el problema al propiciar nuevas explicaciones y

significados partiendo de la creencia de que la mayoría de las personas valoran y desean tener relaciones sanas y exitosas y una buena calidad de vida (Anderson, op. cit.).

3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

3.1.1. Integración de expedientes y análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con familias.

De manera esquemática a continuación se presentan dos cuadros. El cuadro 1 muestra la relación de casos en los que participé como parte del equipo de supervisión. Mientras que el cuadro 2, señala el trabajo clínico que realicé como terapeuta responsable con las familias en los diferentes semestres y escenarios clínicos. Es importante aclarar que se han modificado los nombres de todos los consultantes con el propósito de respetar su confidencialidad y anonimato.

Terapeuta	Número de familias atendidas	Sede
Karina Vázquez	5 1 1	FES Iztacala ISSSTE CCH Azcapotzalco
Elizabeth Romano	5 1 1	FES Iztacala ISSSTE CCHA Azcapotzalco
Santiago Moreno	6 1 1	FES Iztacala ISSSTE CCHA Azcapotzalco
Norma Angélica González	5 1 1	FES Iztacala ISSSTE CCHA Azcapotzalco
Total	29	

Cuadro 1

Sede y Semestre	Familia	Motivo de consulta	Modelo Utilizado	Número de sesiones	Baja	Alta	Observaciones
2° FESI	Vaca Olivera	La Sra. Miriam reportó bajo rendimiento escolar y desobediencia por parte de su hija mayor Isabel.	Estructural y Estratégico	Seis	X		A lo largo de las sesiones se fue observando un cambio positivo tanto de Isabel como de sus padres. Se reportó en una llamada de seguimiento que la joven había aprobado el año escolar y obedecía más. No obstante se le dio de baja del servicio debido a la inasistencia en dos ocasiones seguidas sin previo aviso.
2° FESI	Montes Ordoña	El Sr. Montes planteó que tenía problemas con sus hijos, ya que él los observaba poco responsables, carecía de buena comunicación con su hija. Mientras que la Sra. Ordoña deseaba lograr acuerdos con su esposo para la educación de sus hijos.	Estructural	Cinco	X		El caso se cerró después de que el Sr. Montes decidiera dejar de asistir a terapia debido a que le era difícil estar solicitando permisos en el trabajo, además de que sus hijos perdían horas de escuela. Sin embargo, en las últimas dos sesiones la Sra. Ordoña reportó que sus hijos estaban cumpliendo más con sus obligaciones.
3° ISSSTE	Rosales Vega	La Sra. Silvia deseaba tener mayor autoridad sobre su hijo, además de poderle mostrar también su afecto.	Terapia Breve Centrada en Soluciones	Tres		X	Se dio de alta, reportando la Sra. Silvia que su hijo le obedecía sin problemas y que esto a su vez había ayudado para mejorar la relación con él.
3°	Flores Domínguez	La Sra. María reportó su preocupación por el	Estructural	Seis	X		El joven expuso su decisión de dejar de experimentar con la cocaína, así como cambiarse

CCHA *		consumo de drogas de su hijo y su bajo desempeño académico.					de plantel del lugar donde trabajaba para evitar problemas con compañeros. Se cerró el caso debido a la dificultad para el joven del desplazamiento al lugar de terapia, no obstante, se otorgaron datos para que continuara con un tratamiento cerca de su nuevo lugar de residencia.
4°FESI	López Sánchez	La Sra. Alma solicitó el servicio ya que se sentía desubicada, no tenía empleo, su pareja se había llevado a uno de sus hijos, y su familia no la apoyaba económicamente. Así mismo, deseaba dejar de maltratar a sus hijos.	Estructural	Dos	X		Se dio de baja del servicio debido a la inasistencia en dos ocasiones seguidas sin previo aviso.
4°FESI	Alegría Morales	La Sra. Mónica solicitó terapia debido a los conflictos con su esposo ya que tenía problemas de alcoholismo lo cual había afectado a toda la familia; así mismo notaba a su hija Mary Cruz más desobediente.	Terapia Narrativa	Tres	X		Se dio de baja del servicio debido a la inasistencia en dos ocasiones seguidas sin previo aviso
4°FESI	Espinosa Vázquez	La señora Verónica mencionó que su hijo menor presentaba enuresis, y sospechaba que había habido abuso sexual en él por parte de su	Estructural Estratégico	Ocho		X	El niño dejó de presentar la enuresis. Se aclaró que el abuelo paterno lo había acosado, por lo que se trabajó sobre esta situación, revisándose medidas de

		ex -pareja.					protección y prevención tanto con los niños, como con la mamá.
--	--	-------------	--	--	--	--	--

Cuadro 2

*Este caso se expone de manera más amplia en el cuarto capítulo de este reporte.

A continuación explico el trabajo clínico y el análisis del mismo realizado con tres de estas familias (cuadro 2).

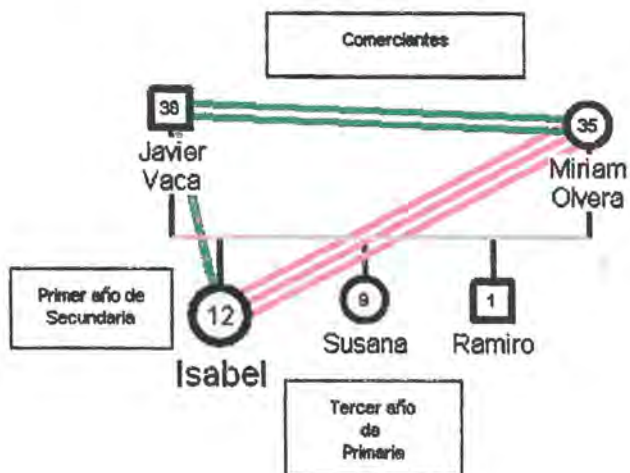
FAMILIA Vaca Olvera

SEDE: Clínica FES-Iztacala

SUPERVISORAS: Dra. María Suárez C. y Mtra. Ofelia Desatnik M.

EQUIPO DE SUPERVISIÓN: Angélica González, Santiago Moreno, Elizabeth Romano, Karina Vázquez

FAMILIOGRAMA



MOTIVO DE CONSULTA

La Sra. Miriam reporta bajo rendimiento escolar y desobediencia por parte de su hija mayor Isabel.

HIPOTESIS

El hecho de que la Familia Vaca Olvera se encontrara atravesando por diferentes etapas de ciclo vital parecía estar dificultando la adaptación de Isabel sobretodo por estar en la adolescencia. Así mismo, el que Miriam estuviera tan apegada a las necesidades escolares de su hija impidiéndole establecer límites entre subsistemas le permitía seguir ocupada en "sus tareas" maternas y estar controlando lo que ocurriera o pudiera ocurrir con su hija mayor. Mientras que para Javier, el comportamiento y rendimiento de su hija respondía a que a través de esto él se podría involucrar en los asuntos familiares y acercarse a su esposa. En cuanto a Isabel, todo esto le daba la facilidad a la joven de no comenzar a hacerse cargo de sus responsabilidades y permanecer mas "cómoda" dejando que alguien más lo hiciera por ella. Sin embargo, a su vez esto dificultaba más la diferenciación de roles.

ESTRUCTURA FAMILIAR

En cuanto a los límites, éstos eran aglutinados de los padres hacia Isabel. La jerarquía era ejercida de manera equitativa por ambos padres. Las alianzas variaban, principalmente por el rol de Isabel, quien ayudaba de manera gustosa a ambos padres en los negocios; sin embargo, cuando los señores tenían algún problema entre ellos, Isabel apoyaba a su padre, mientras que Susana a su madre, transformándose esta dinámica a veces en coaliciones. Así mismo, en repetidas ocasiones se observó una triada entre los padres hacia Isabel, en particular con respecto a la situación escolar. Respecto a los personajes centrales de la familia, podemos decir que éstos eran Ramiro (por la etapa de ciclo vital en el que se encontraba) e Isabel, mientras que en la periferia se encontraba Susana.

1° SESIÓN

Personas que asistieron: Papas e hijas.

Inicialmente se exploraron las razones de la asistencia a terapia, señalando el bajo aprovechamiento escolar e inseguridad de su hija mayor. Comentaron que Isabel de primero a tercer año de primaria había sido una alumna de diez de calificaciones, sin embargo, en cuarto año se le cambió a la escuela actual en donde últimamente no mostraba entusiasmo, ni constancia en sus tareas y estudio, pero sus papás pensaban que sí tenía la capacidad de salir adelante, dado que en otras circunstancias, al empeñarse la joven en sus estudios, lograba obtener buenos resultados. También

narraron ciertos acontecimientos en donde Isabel había ocultado calificaciones a sus padres y posteriormente fueron informados de esto, interpretándolo como falta de confianza hacia ellos. Agregaron que posiblemente no estaban teniendo suficiente comunicación con ella debido a que ambos debían prestar mayor atención al bebé, o bien, por el trabajo en el que tenían que pasar varias horas fuera de casa. Al explorar esta información con Isabel corroboró estos sentimientos. Y al preguntarle a su hermana ¿cuál era su opinión de lo que estaba sucediendo? indicó que posiblemente estaba teniendo más confianza en otras personas en vez de a sus papás por temor a que la castigaran. En el cierre se les felicitó tanto a los señores por el interés que mostraban en querer ayudar a su hija y mejorar la situación previniendo otros problemas mayores, como a Isabel por haberse dado cuenta de que no le estaba conviniendo hacer ciertas cosas que le perjudicaban.

Al inicio desde una posición cercana, me dediqué a explorar con cada uno de los miembros de la familia las razones por las cuales asistían a terapia y conocer los objetivos que deseaban lograr. Se cuestionó a los papas la construcción de la realidad, a través del constructo cognitivo con respecto a lo que percibían como desconfianza y bajo rendimiento de Isabel. En el cierre, con apoyo del equipo terapéutico, se le señalaron sus lados fuertes como familia y en particular a Isabel por la toma de decisiones positivas que había mostrado con respecto a una amiga

2º SESIÓN

Personas que asistieron: Familia completa

Primero se averiguó lo sucedido después de la primera sesión, explicando los señores que habían observado cambios en su hija. Isabel mostró preocupación al hacer sus tareas y puso al corriente cosas que le faltaban, en vez de distraerse con la televisión. También mencionó la señora que le ayudaba acudiendo con sus compañeros de clase para pedirles sus cuadernos y actualizar los apuntes. Sin embargo, al explorar otras situaciones, revelaron que no les agradaba que se relacionara con una compañera de la escuela, la cual creían que no era conveniente para Isabel, no obstante continuaba juntándose a escondidas lo que les molestaba bastante.

Posteriormente se les propuso reflexionaran ¿cómo se sentiría Isabel siendo el centro de atención? Ya que el equipo la percibía como si estuviera debajo de un microscopio siendo vigilada y analizada. También se les comentó que posiblemente la inseguridad o timidez

podría estar siendo confundida con una parálisis en sus decisiones, siendo esto derivado de una internalización de una autocrítica rigurosa que generaba cuidado extremo en sus acciones. Así mismo se felicitó nuevamente por el esfuerzo que había estado haciendo y los cambios presentados.

Al indagar lo acontecido en el transcurso de los quince días, la Sra. Olvera hizo una descripción de varias acciones positivas que había hecho su hija, por lo que se dio intensidad y se ampliaron los lados fuertes que mostró la joven. Por otro lado, se investigaron los límites entre madre e hija, re-encuadrando los esfuerzos que hacía la señora para que Isabel estuviera al corriente en la escuela. También me alié por un momento con la joven para posteriormente cuestionar el problema de la estructura (fronteras). Ya hacia el final de esta sesión cuestioné la construcción de la realidad del constructo cognitivo acerca de la idea de que Isabel era una persona tímida y no reaccionaba como sus padres esperaban.

3° SESIÓN

Personas que asistieron: Sr. Javier, Sra. Miriam e Isabel

Los señores comentaron que ellos habían tenido una discusión, distanciándose por una semana.

Se preguntó sobre cómo es que habían vuelto a establecer la comunicación, relatando que ambos se dieron cuenta que tenían que resolver cosas más importantes que implicaban acuerdos por parte de los dos.

Al indagar con las hijas si los papás habían dado alguna justificación del porqué del movimiento, comentaron que sólo se les había narrado de manera general normalizando la situación. Aquí surgió el señalamiento de la joven en cuanto a la opinión que su papá tenía sobre sus gustos, como por ejemplo su ropa, ya que la consideraba atrevida para su edad. Ante esto se les preguntó acerca de las expectativas de la adolescencia de su hija, respondiendo el señor que él deseaba que le tuviera confianza para platicar de cualquier tema dado que veía que ella no se acercaba para platicar, atribuyéndolo a la personalidad de su hija, por lo que se intervino marcando límites y diferenciación entre ellos consultando si ellos consideraban que ella también tendría cosas privadas que no deseaba compartir. A lo que la señora respondió que Isabel si le tenía confianza e incluso no le comentaba todo a su esposo para preservar la privacidad y confidencialidad que estaba teniendo su hija. Se preguntó al padre ¿cómo consideraba esto? reconociendo

que le tranquilizaba. Para el cierre el equipo hizo énfasis en que miraban a Isabel como una joven que estaba madurando y que tendría cambios y diferentes necesidades conforme fuera creciendo, además de que la comunicación con sus padres iría variando también. Se resaltó que los padres tendrían que irse adaptando y moviendo conforme a las diferentes etapas de ciclo vital de cada uno de sus hijos, así como la importancia de desligarlos de los asuntos de pareja.

Al narrar los papás la situación de pareja que se había presentado, exploré las alianzas y posibles coaliciones dentro de la familia, dándome cuenta de la triangulación que se daba bajo estas circunstancias. Así mismo, cuestioné la estructura de las fronteras en los aspectos relacionados con situaciones pertenecientes a la pareja, marcando el que los padres debían dejar fuera de esto a sus hijos. Este mismo cuestionamiento lo hice en relación a la necesidad de que Isabel tuviera su propio espacio "emocional", esto es, que pudiera tener conversaciones que fueran más afines a su mamá, sin que su papá tuviera que conocerlo todo. Además hice foco en los cambios que implicaban la adolescencia, desde los físicos, hasta el como empezaría a experimentar Isabel su arreglo personal. Al finalizar, el equipo y yo nuevamente enfocamos la temática en las nuevas experiencias que tendrían como familia con la transición de la adolescencia y la adaptación con la etapa de sus otros hijos. Así mismo, se dio intensidad en el respeto de los límites (estructura) para evitar las triangulaciones y sobrecarga emocional de los hijos.

4º SESIÓN

Personas que asistieron: Familia completa

En esta sesión ambos padres se mostraron enojados y preocupados debido a que Isabel había obtenido bajas calificaciones y no sabían si aprobaría el año escolar. Dijeron que su hija olvidaba sus tareas y justificaron que los cambios observados anteriormente se debían a la ayuda de la señora y no por el propio esfuerzo de la joven. Así mismo, expusieron que ellos deseaban que ella fuera la que se acercara a los profesores (debido a que la Sra. Olvera era la que seguía asistiendo a la escuela para hablar con ellos), pero por vergüenza Isabel no lo hacía; no obstante, al explorar esto con la joven explicó que sí lo hacía aunque la disponibilidad de sus profesores era muy limitada. Sin embargo, después de una serie de cuestionamientos, Isabel comentó que buscaría nuevos espacios para hablar con ellos y ver la forma, por ejemplo, de solicitar trabajos extras, además de poner más empeño en sus estudios para asegurar su pase. Al finalizar la

sesión se les dejó de reflexión cómo podrían los señores ayudar a su hija pero a distancia. Se les presentó una metáfora donde ella sería la competidora y sus padres los entrenadores o animadores que no podrían entrar al partido.

Al explorar la queja de los señores por las bajas calificaciones de su hija, se les señaló la discrepancia de mensajes y la confusión que esto podría generar, ya que anteriormente mencionaban que era una joven que estaba haciendo cambios positivos, mientras que en ésta comentaban lo contrario.

Así mismo, con Isabel se continuó trabajando sus lados fuertes y estrategias para que ella pudiera negociar con los profesores otras actividades con el objetivo de mejorar su promedio. Al hacer esto, también se establecerían límites entre los subsistemas, además de que se promovería que sus padres la dejaran de ver como una pequeña niña inactiva. Durante el cierre, por medio de una metáfora se hizo foco e intensidad en la idea de la necesidad de establecer fronteras entre subsistemas y permitir que Isabel comenzara a experimentar nuevas responsabilidades que traería consigo el cambio de ciclo vital.

5° SESIÓN

Personas que asistieron: Sr. Javier, Sra. Miriam, Isabel y Ramiro

Al inicio se rastreó lo acontecido describiendo la señora que ella había dejado de asistir al colegio para hablar con los profesores. En cambio, Isabel ya se había acercado a ellos para ponerse de acuerdo sobre qué otras actividades extras haría, además de haber mencionado que obtuvo una calificación mayor de los periodos anteriores. Al preguntársele ¿qué había ocasionado que ella hiciera estos cambios?, dijo que la conversación de la sesión anterior, así como su necesidad de sentirse tranquila, le permitió darse cuenta de que a su vez sus papás también lo estarían y que sus profesores la dejarían de ver como niña problema. Así mismo, estos cambios permanecerían constantes.

Más adelante, al indagar con los padres cómo seguirían apoyando a su hija, la señora explicó que le daría mayor oportunidad para atender el negocio que tenían, ya que veía que ahí se desenvolvía bien con los clientes y era muy atenta a las necesidades que iban surgiendo. Mientras que el papá aclaró que al experimentar los cambios positivos deseaba continuar con el seguimiento de la terapia, agregando que aún para él lo importante era que su hija tuviera mayor seguridad. En el cierre se les hizo énfasis en el

establecimiento de límites, devolviendo la responsabilidad a la joven de que continuara actuando con los cambios reportados. Además se le solicitó que hiciera una lista de las ventajas que tenían estos cambios y de cómo tener mayor seguridad analizando las dificultades a las que una persona insegura podría enfrentarse.

En dicha sesión se reportaron cambios positivos tanto de parte de los señores como en la joven. Con respecto a ella, estos cambios primeramente fueron evidenciados y atribuidos a Isabel; posteriormente, por medio de varios cuestionamientos se ampliaron para que pudieran perseverarse para el futuro. Consecutivamente, a través de algunas preguntas circulares, se planteó la reflexión de cómo a su vez los señores harían para seguir apoyando desde una distancia prudente a su hija.

6° SESIÓN

Personas que asistieron: Familia completa

Al inicio, los padres de Isabel expusieron que se encontraban muy molestos debido a que en la entrega de boletas y en la junta con profesores, se dieron cuenta que debido a las bajas calificaciones que había tenido su hija, posiblemente no alcanzaría el promedio para aprobar el año escolar. Por esto se indagó con Isabel acerca de este hecho, ante lo cual, ella también se encontraba sorprendida. Se preguntó si ella había corroborado con sus profesores las calificaciones para descartar cualquier confusión, expresando que no lo había hecho, diciendo nuevamente que los profesores no permitían aclaraciones. Aquí la señora manifestó que su hija no hacía el esfuerzo que debería hacer, así que se le cuestionó qué era lo que esperaban de ella, explicando la Sra. Miriam lo que fue su experiencia como estudiante. Posteriormente el Sr. Javier también narró sus vivencias, las cuales resultaron ser totalmente opuestas a las de la señora. (esto es, Miriam fue una estudiante sobresaliente, mientras que Javier no lo era). Enseguida, se le pidió que platicara con su hija para darle algún consejo de cómo podría acercarse a sus profesores ya que en su historia personal, él había mostrado cierta pericia para lograr esto. En este momento se dio una interacción entre padre e hija donde se comunicaron cosas que desconocían uno del otro. Así mismo, dentro de esta conversación, Isabel expuso que aun tenía dos bimestres para mejorar las calificaciones, sin embargo, intervino la Sra. explicando que esto no era cierto, ya que en la junta se les había informado a los padres que sólo quedaba uno, pero que a los alumnos se les estaba dando otra aviso para que siguieran trabajando en clase. Por esto, se preguntó cuál era su opinión con respecto a

esta doble información, comentando que no les parecía correcto porque generaban confusión en sus hijas. Sin embargo, la Sra. Miriam, volvió a expresar que no veía que su hija se interesara lo suficiente en la escuela, que parecía que necesitaba de su ayuda para así ponerse a trabajar. Así que para finalizar se les dieron los mensajes acerca de, qué sucedería si Isabel dejara la escuela dado que en este momento la veían poco interesada. El Sr intervino inmediatamente diciendo que no era una opción y que preferían “seguir batallando” a que dejara la escuela. Así mismo, se les comentó a manera de metáfora que la joven era quien tenía que hacer los esfuerzos y tomar su parte de responsabilidad ya que como padres sólo podían ofrecer un apoyo, y que reflexionaran en cuál podía haber sido el significado de ese comportamiento.

En la última sesión, después de escuchar la situación que se presentó en relación a la incertidumbre de si Isabel aprobaría o no el año, debido a los resultados de sus boletas de calificaciones y la narrativa de la señora sobre su disgusto con su hija por no “hacer el esfuerzo suficiente”, se intervino explorando el constructo cognitivo de ambos padres en relación a esto. Una vez explicado, se solicitó al Sr. Vaca que por medio de la escenificación platicara con su hija de las estrategias que él creía podrían serle útiles. Con esta conversación se puso de manifiesto que el señor desconocía algunos aspectos escolares, además de que la escuela estaba manejando diferentes mensajes entre alumnos y padres de familia, lo cual estaba creando confusión. Para el cierre de esta sesión, debido a que la Sra. Olvera mencionó que sólo con su ayuda Isabel reaccionaba, el equipo y yo haciendo uso de una metáfora, advertimos que sólo ella debía hacerse cargo de sus responsabilidades, marcando nuevamente los límites entre madre e hija.

Finalmente, se cerró el caso debido a que en dos ocasiones seguidas, a pesar de que se agendaba la cita con la familia, ésta no acudía ni tampoco avisaba que faltaría. No obstante, en la última llamada que se realizó, la Sra. Miriam reportó muy satisfecha que su hija sí había pasado el año escolar y que también observaba a Isabel mucho más obediente sin tener que discutir con ella.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS

El trabajo terapéutico que se llevó a cabo con la familia Vaca Olvera comprendió seis sesiones con duración de una hora aproximada y con espaciamiento entre sesiones de

quince días a un mes. Se inició el proceso en marzo y finalizó en junio. Los modelos teóricos que sustentaron principalmente las intervenciones fueron el Modelo Estructural y Estratégico. Los objetivos terapéuticos que se plantearon para el tratamiento fueron:

- Conocer y establecer empatía con la familia.
- Rastreo de información sobre:
 - El bajo aprovechamiento escolar y aparente "desinterés" de Isabel en la escuela.
 - Acciones tomadas de los padres de esta situación.
 - Ajuste de la familia ante las diferentes etapas de ciclo vital.
 - Situación actual de la relación de pareja.
- Cuestionar el síntoma, estructura y realidad familiar.
- Señalar y ampliar los cambios observados en Isabel y sus fortalezas
- Lograr que Isabel se visualizara y vivenciara como una joven responsable y segura.
- Generar reflexiones en Isabel acerca de qué cosas debía hacer para que sin ayuda de sus padres resolviera los problemas escolares (establecimiento de límites).
- Propiciar la separación de subsistemas y la reflexión en los padres de los cambios que tendrían que hacer para adaptarse a las diferentes etapas a las que se enfrentaban.

CAMBIOS LOGRADOS

- La Sra. Miriam dejó de asistir a la escuela para pedir cuadernos y apuntes que le faltaban a su hija, e ir a hablar con los profesores para que la ayudaran.
- Isabel se hizo cargo de pedir la información que necesitaba para sus materias y ponerse al corriente.
- Isabel logró negociar con los profesores actividades extras para aumentar su promedio.
- Isabel mejoró calificaciones mensuales durante el periodo de asistencia a terapia (aunque, el promedio general de sus boletas aún era bajo por lo cual sus padres estaban preocupados)
- Los señores expresaron y comprendieron que en sus discusiones no volverían a meter a sus hijas, y mucho menos cambiar de cuartos.

- Se sembró la idea de que habría "cosas de mujeres" en las cuales Isabel no integraría a su papá, pero que no por esto significaría que no le tenía confianza, a lo cual el Sr. Javier aceptó.
- Los señores llegaron ver y validar los esfuerzos que su hija empezaba a hacer.
- La joven logró aprobar el año escolar.

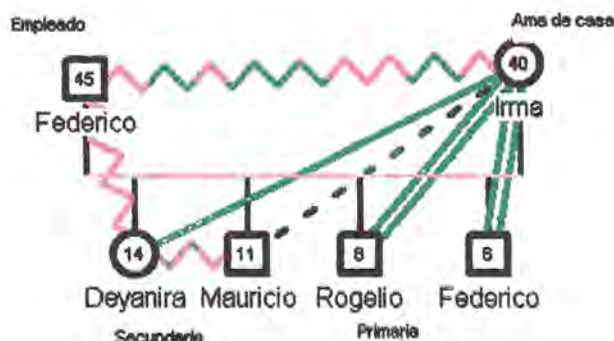
FAMILIA Montes Ordoña

SEDE: Clínica FES-Iztacala

SUPERVISORAS: Dra. Luz de Lourdes Eguiluz, Dra. Xochitil Galicia

EQUIPO DE SUPERVISIÓN: Angélica González, Santiago Moreno, Elizabeth Romano, Karina Vázquez

FAMILIOGRAMA



MOTIVO DE CONSULTA

El Sr. Montes planteó en la llamada telefónica que sus hijos no son lo suficientemente responsables, constantemente tiene que estar pendiente del cumplimiento de sus tareas. Con su hija tiene problemas de comunicación ya que ella dice que él es muy regañón. Le preocupa que su hijo Rogelio sea tan "dejado o recatado". Mientras que la Sra. Ordoña comenta que su interés es poder lograr ponerse de acuerdo con su esposo para educar a sus hijos.

HIPOTESIS

El comportamiento de los menores respondía a la falta de acuerdos entre los padres y la violencia con la que se dirigía el Sr. Federico hacia ellos. En cuanto a la Sra. Irma en su aparente "incapacidad" de educar y poner límites a sus hijos, buscaba atraer a su esposo para señalarle o hacerle hincapié en la necesidad de negociar y posiblemente también hacer que la respetara. No obstante, esta actitud y posición de Irma era interpretada por Federico como incompetencia o ineptitud alejándolo de la posibilidad de negociación, dándole el papel de ser el "único" capaz e "indispensable" para solucionar los problemas, otorgándole mayor fuerza.

Es importante tomar en cuenta que las premisas de género tales como; la mujer "debe" ser la encargada de instruir a los hijos, mientras que el hombre es el que "manda" y mantiene a la familia, se encontraban afectándolos, dado que el Sr. Federico al hallarse en esta posición de poder e intransigencia violentaba a los miembros de su familia.

ESTRUCTURA FAMILIAR

Los límites eran rígidos del Sr. Federico hacia todos los miembros de su familia, mientras que de la Sra. Irma hacia sus hijos eran difusos. La jerarquía era claramente mantenida por el Sr. Federico y en el holón fraterno por Mauricio. Las alianzas se dieron entre Deyanira, Rogelio, Federico y la Sra. Irma. Las coaliciones entre los menores y su madre hacia el Sr. Federico, aunque cuando los padres no se encontraban en casa, estas se daban entre los hermanos varones contra Deyanira. En cuanto a la centralidad, desde la percepción del Sr. Federico ésta la ocupaban Deyanira y Rogelio, no obstante para Irma eran Mauricio y su esposo, siendo el miembro periférico Federico (hijo).

1° SESIÓN

Personas que asistieron: Sr. Federico, Sra. Irma, Deyanira

Una vez explicado el método de trabajo y después de conocer a cada uno de los miembros de la familia se procedió a indagar la razón de la asistencia a terapia. La Sra. Ordoña explicó que tenía problemas con su esposo dado que no lograba llegar a acuerdos en la educación de sus hijos. Por su parte Deyanira, coincidió con su mamá en que su papá cada vez que asistía a un curso de superación personal llegaba a la casa a querer imponer lo aprendido, además de que frecuentemente alzaba la voz y quería tener la razón. También narró que debía hacerse cargo de sus hermanos cuando sus papás salían, pero si alguno de ellos hacía algo malo su padre la regañaba, lo que le parecía

injusto. En cuanto al Sr. Montes, mencionó que les explicaba a sus hijos que debían siempre superarse, tener la iniciativa de ponerse a leer en vez de perder el tiempo, que tomaran sus propias decisiones y se prepararan para el futuro, esto debido a que él deseaba tener hijos independientes con una buena educación. Se les comentó que notábamos el esfuerzo y la preocupación que tenían por sus hijos, además de que seguramente no era tarea fácil la educación para lo cual necesitaban de mucha voluntad y energía. Posteriormente se les preguntó ¿qué sería lo que desearían lograr con la terapia? El Sr. Montes señaló que su hija aprovechara lo que se le daba, obedeciera y tener una buena comunicación. La Sra. Ordoña solicitó ser escuchada por su esposo para ponerse de acuerdo en cómo educar a sus hijos, mientras Deyanira expresó que también quería que su papá la escuchara y concediera la razón cuando él no la tenía.

En el cierre de sesión se les expuso que observábamos que el Sr. Montes había hecho muchos esfuerzos obteniendo varios frutos de ello, sin embargo, el riesgo era un desgaste, tensión y cansancio por estar al pendiente de todo. Así mismo, el objetivo de la Sra. Ordoña nos indicaba que se encontraba en el mismo "canal" que su esposo lo cual les ayudaría a sacar adelante a sus hijos. Se les pidió como ejercicio que hicieran una lista de recursos o fortalezas con los que ambos contaban para resolver problemas.

Inicialmente dediqué tiempo en conocer y crear empatía con cada uno de los integrantes de la familia y conocer el motivo de su asistencia a terapia. Una vez expuesta la razón de cada uno, retomé lo expresado por el Sr. Montes reencuadrando su molestia en preocupación e interés por sus hijos y el futuro de estos. Posteriormente, para tener mayor claridad en las metas terapéuticas me centré en comprender los objetivos que deseaban alcanzar con la terapia. Ya para el final "sembré la idea" de buscar el equilibrio en la jerarquía de la pareja para la educación de los hijos, dado que ambos perseguían el mismo objetivo que era el bienestar de su familia. Así mismo, el hecho de que se les pidiera la lista de recursos que tenían para resolver problemas, iba encaminado con la idea de retomar posteriormente sus lados fuertes.

2° SESIÓN

Personas que asistieron: Sr. Federico, Sra. Irma, Rogelio y Federico

Inicialmente comentaron que no habían hecho la lista que se les había solicitado. Posterior a esto, Federico retomó el comentario de que estaba haciendo muchos esfuerzos para que sus hijos estuvieran en una escuela particular, sin embargo, seguían

igual. Ya que debía seguir recordándoles lo que debían hacer, lo que para él no era necesario pues ellos ya debían ser responsables. En seguida, se dirigió a su esposa diciéndole que su tarea era verificar que no les hiciera falta nada de material para la escuela, a lo cual le respondió que no podía estar sentada vigilando y que él solo llegaba a gritar, dar órdenes pero no a ofrecerle apoyo a ella o a sus hijos. Aquí Federico expresó nuevamente que él esperaba que ellos hicieran lo que se les pedía y que no aguardaran a que llegara para realizarlas. Al preguntar cuáles conductas o actitudes diferentes podría tener con sus hijos, respondió que ninguna dado que sentía que tenía el tiempo encima para poder ayudarlos y siendo enérgico sería mejor.

Después de esto, se preguntó a los niños cuáles eran sus rutinas, su desempeño en la escuela y la forma en qué podrían "trabajar en equipo" con su mamá para evitar problemas. Explicaron que mostrarían a tiempo lo que necesitaban para la escuela, apuntar tareas completas.

Nuevamente a los señores, se les solicitó que platicaran entre ellos para ponerse de acuerdo en ¿qué cosas querían y cómo lo lograrían? En esta conversación Federico dijo que a los niños les correspondía como único compromiso estudiar, por lo cual si no lo hacían entonces tendrían consecuencias, y éstas serían privarlos de cosas. A lo que Irma hizo énfasis en que se comprometiera a cumplir esto, porque no cumplía la aplicación del castigo y sólo gritaba y regañaba, siendo que sus hijos debían ganarse sus premios. Además de que dejara de culpar y pedir las cosas sin alzar la voz. En este momento, se investigó con él la razón de la falta de cumplimiento de castigos, exponiendo que debido a que no había tenido la oportunidad de tener varias cosas en su pasado, se sentiría mal con sus hijos de que le pidieran algo y no se las diera, por lo que a la postre ellos le tendrían resentimiento, agregando que él alzaba la voz por el incumplimiento de sus hijos. Hacia el final se señaló el interés de ambos por mejorar la situación, la importancia de lograr acuerdos y el cumplimiento de estos por ambas partes. Así mismo se les pidió que pensarán acerca de qué cosas diferentes de las que estaban haciendo hasta ese momento podrían realizar para generar cambios. Ante esto, Federico intervino preguntando si eso lo tendrían que hacer ellos ya que lo que estaban buscando era apoyo. Se les respondió desde una posición de experta con el objetivo de devolverles la responsabilidad, que habría mayor impacto y mejores resultados al ser ellos creativos, espontáneos y con diversidad de propuestas dado que no se les podía proporcionar "recetas" para el cambio.

Tras escuchar la queja del señor con respecto a sus hijos y el diálogo que se dio en la pareja acerca de los disgustos que tenía cada uno, cuestioné el síntoma focalizando las conductas o actitudes diferentes que podría tener el señor, así como también en la idea de que el objetivo de ambos era el adecuado desarrollo de sus hijos y una mejor comunicación. De igual forma, cuestioné la construcción de la realidad de su constructo cognitivo acerca de la "premura de tiempo" que tenía para educarlos y del estilo enérgico que "debía" tener con ellos. Con respecto a los niños, exploré primeramente cuáles eran sus rutinas, desempeño escolar y lados fuertes, para posteriormente buscar soluciones a la forma en cómo podrían organizarse con su mamá para cumplir con sus tareas escolares y apoyo en casa, a lo cual, de manera inmediata los niños participaron encontrando algunas soluciones para evitar discusiones. Mas adelante, para cuestionar el síntoma y la estructura propuse una escenificación donde les pedí a los señores que se pusieran de acuerdo en lo que ellos tendrían que hacer para lograr sus objetivos, esto con el fin de devolverles la responsabilidad y generar la idea de complementariedad del problema. De lo cual surgió como petición de la Sra. Ordoña, el verdadero cumplimiento por parte de su esposo de no premiar a sus hijos cuando no lo merecían, por lo que tras esta demanda, focalicé y di intensidad a la idea de los arreglos a los que tendrían que llegar para cumplir con las consecuencias, es decir para establecer límites a sus hijos. Así mismo, exploré e introduje el cuestionamiento de la realidad a través del constructo cognitivo (de verdades familiares) del significado para el señor de privarlos de cosas.

3° SESIÓN

Personas que asistieron: Sr. Federico, Sra. Irma, Rogelio y Federico

La señora Irma llegó declarando que aún necesitaban apoyo para lograr establecer acuerdos con su marido. Mientras que Federico insistió en que sus hijos continuaban desobedeciendo, que él hacía un esfuerzo económico para el pago de la escuela pero que todo seguía igual. Se aprovechó el momento para averiguar acerca de su historia personal, explicando que provenía de una familia de nueve hermanos siendo el penúltimo de ellos, que a temprana edad había perdido a su padre por lo que tuvo que esforzarse para salir adelante, logrando él y otro hermano tener estudios universitarios lo que lo hacía sentirse orgulloso. Se intervino preguntándole si acaso no sería necesario que sus hijos aprendieran a valorar las cosas como él tuvo que hacerlo. EL Sr. coincidió con esto, pero añadió que le "partía el alma" no darle cosas a sus hijos y verlos con alguna necesidad. También agregó, que a consecuencia de un problema legal hacía cuatro años

tuvo que ser medicado con tranquilizantes, ya que esto le había afectado en su seguridad y tranquilidad, además de que desde entonces era más irritable, por lo que se le comunicó metafóricamente que era necesario digerir sus emociones. Para concluir se devolvió la idea al Sr. Federico de que al pasar por sufrimiento y esfuerzos había logrado hasta ahora muchas cosas, por tanto a sus hijos posiblemente les vendría bien aprender esto mismo. De igual forma, se pidió que se les estableciera una tarea en concreto la cual sería controlada por el Método de Economía de Fichas, para lo cual se les explicó en qué consistía esto.

Desde una posición más cercana y para tener una mayor comprensión de la situación, investigué sobre la historia personal/familiar de los señores. De esto obtuve información que primeramente legitimicé y posteriormente retomé para cuestionar nuevamente los constructos cognitivos. En el cierre, a través del equipo terapéutico focalicé y di intensidad a la idea retomada de la historia personal de Francisco como posible experiencia benéfica para sus hijos. De igual forma, para sistematizar y tener una visión más objetiva del cumplimiento y cambios de los niños, expliqué el método de economía de fichas y se establecieron algunas tareas que tendrían que llevar a cabo.

4° SESIÓN

Personas que asistieron: Sra. Irma, Mauricio, Rogelio y Federico.

Al inicio se abordaron los resultados del ejercicio solicitado en la última sesión. La señora reportó que sus hijos habían estado cumpliendo regularmente con sus responsabilidades siendo Rogelio y Federico los más consistentes. Mencionó que ella les explicó que debían trabajar "como hormiguitas" para terminar más rápido. El equipo felicitó a todos y evidenció la capacidad que tenían para hacer las cosas. Sin embargo, Mauricio y Deyanira no lograron mantener su ritmo debido a que Irma, Rogelio y Federico (hijo) ayudaban a sus hermanos/hijos a hacer las cosas que a ellos les correspondían. Por lo que se les pidió que dejaran de ayudarlos ya que no se les estaba haciendo ningún beneficio, comprendiendo la señora que llegaría un momento en que sus hijos (Deyanira y Mauricio) terminarían haciendo las cosas. También se le sugirió que cuando ella pidiera algo lo hiciera de buena forma; Irma interpretó esto de manera que sus hijos se sentirían mejor y responderían a sus solicitudes.

Por otro lado, narró que a veces le costaba trabajo controlar a Mauricio especialmente cuando ella y su esposo salía a sus clases de baile, ya que el niño se le iba a golpes por que no quería que pasara mucho tiempo fuera. Se platicó con él acerca de esta situación preguntándosele ¿qué significaba que su madre deseara salir a realizar una actividad? Respondió que su mamá estaba logrando algo y que le hacía falta distraerse, sin embargo lo único que pedía era que no se ausentaran tanto tiempo. En el cierre, el equipo señaló lo cariñoso que se mostraba Mauricio, re-encuadrando que posiblemente el niño se enojaba con Irma dado que tal vez quería pasar más tiempo con ella. Se les exhortó a expresar más sus sentimientos y estar atentos a estos. Además se solicitó que tanto Irma como Federico (el cual acababa de llegar a consulta) pidieran las cosas de buena manera y no con gritos, ya que cuando sucedía esto sus hijos “dejaban de escuchar” y los ignoraban.

Exploré los cambios presentados del ejercicio de economía de fichas, señalando los lados fuertes que tenían los hijos para seguirlo haciendo. Mientras que a Mauricio y Deyanira cuestioné la estructura de las fronteras por medio del uso de metáforas.

Más adelante, en la descripción que hizo Irma con respecto a las problemáticas que tenía con Mauricio, le cuestioné al niño su construcción de la realidad acerca de la forma agresiva en que se dirigía a su mamá; y del tiempo que necesitaba su madre para ella, logrando que el niño hiciera peticiones claras y concretas a su mamá. Al final, el equipo y yo focalizamos y dimos intensidad a las muestras de cariño del niño, reencuadrando el enojo de éste por su necesidad de estar más tiempo con su mamá.

5° SESIÓN

Personas que asistieron: Toda la familia

Al preguntar lo acontecido en el transcurso de los quince días, Federico tomó la palabra explicando que en un inicio el programa de economía de fichas sí había funcionado, pero que después se habían estancado; también deseaba saber si el equipo veía cambios porque de lo contrario dejaría la terapia, por lo que antes de responderle se averiguó con los demás miembros si habían platicado con él lo trabajado en la sesión anterior. Aquí Federico inmediatamente dijo a su esposa que debía decir la verdad en terapia y tener la confianza de decir todo. Irma comentó de manera breve los puntos más importantes trabajados. A continuación, se exploró si la señora, Federico (hijo) y Rogelio se habían abstenido de ayudar a los otros jóvenes, ante lo cual respondieron que en algunas

ocasiones si los ayudaron, pero que en otras ellos hacían lo que se les pedía. El Sr. Federico, agregó que a veces sus otros hijos se aprovechaban de Rogelio ya que era muy tímido y no rezongaba por nada. Se le cuestionó acerca de cuál creía que era la razón de esto; respondió, que seguramente era para evitar su mal carácter, re-encuadrando entonces "la timidez" por la evitación de problemas con él. De aquí se investigó con los hijos si su papá les había pedido de buena forma y sin gritos las cosas, coincidieron todos en que no. En este momento se promovió una interacción entre hija y padre mencionando la joven que ella quería que no le pidieran las cosas gritando, aunque el señor insistía que su reacción era debido a que no se le obedecía a tiempo. El equipo le manifestó que veían que la forma, el tono de decir las cosas y su postura podían ser percibidas por el resto de su familia como amenazantes, causando un impacto negativo, y a pesar de que el deseara ayudarlos no lo estaba logrando por esta situación. Al sondear esta idea con la familia, el señor interrumpió a sus hijos diciendo de manera enérgica, que debían contestar rápido ya que no era un cálculo matemático lo que se les preguntaba, y que para su edad, tenían que ser capaces de responder fácilmente. Se le preguntó al señor, ¿cuál creía que era la razón por la cuál ellos no se atrevían a participar? además de mencionársele que esto no era cuestión de inteligencia sino de expresión de sentimientos. Inmediatamente después de este comentario Diana e Irma comenzaron a llorar, diciendo el Sr. Federico que era a causa de su actitud. Irma relató que ya en algunas ocasiones su esposo le había dicho que mientras él fuera el dueño de su casa se haría lo que él decía, continuando con otras narraciones donde se evidenciaba la discriminación y violencia. El equipo indicó que era necesario repartir la fuerza de la voz entre toda la familia ya que de esta forma no avanzarían, contestando que la solución sería dejarle toda la responsabilidad a su esposa, cuestionándosele si acaso él podía otorgársela, ya que veíamos que eso le costaba trabajo. Entonces Federico explicó que seguramente así sería ya que tenía la posibilidad de un cambio de sede de trabajo y por ende ella tendría que hacerse cargo. La señora dijo que sería fuerte y asumiría esto.

Al final, se le dijo a la Sra. Ordoña que todo el equipo veía que tenía habilidades para estar al pendiente y educar bien a sus hijos. Mientras que al Sr. Montes se le planteó la "división del equipo", ya que unos pensaban que sí repartiría su fuerza y voz a toda su familia y de esta forma saldrían adelante, o bien guardaría toda esta fuerza pero a la larga se quedaría solo, ya que sus hijos y esposa evitarían estar con él. Así mismo, se le dijo que si optaba por seguir asistiendo a terapia quería decir que él estaría buscando el

cambio (repartir su fuerza), por el contrario, si esto no ocurría, significaría que habría elegido continuar igual y terminar solo.

En esta sesión procedí a averiguar primeramente lo que se le había comentado al señor de la sesión anterior, por lo que promoví una escenificación entre Irma y Francisco en donde ella narró de manera general los puntos importantes. Posteriormente al intervenir el Sr. Francisco diciendo que veía mal que su hijo Rogelio era muy tímido y no rezongaba, se le cuestionó su construcción de la realidad de constructo cognitivo acerca de esta situación, re-encuadrándose y cuestionándosele si acaso esa actitud le ayudaría para evitarse problemas con él. Aquí los niños reportaron que su papá durante los quince días transcurridos no había cumplido con su tarea de hablales y pedirles sin gritos las cosas. Así mismo se dio una escenificación entre hija y padre donde ella le pidió que le hablara de buena forma, no obstante el señor se justificaba diciendo que era por que no se le obedecía a tiempo. Nuevamente se cuestionó su construcción de la realidad sobre la forma en que trataba a su familia, y desde una posición de expertos (tanto el equipo terapéutico como yo), se señaló la violencia con la que se dirigía a su familia, explicándosele que a pesar de que el deseara ayudarlos no lo lograría de esa forma. Posteriormente se dieron una serie de interacciones espontáneas entre los niños y su padre, hasta que tanto Irma como Deyanira rompieron en llanto, por lo que a través del equipo se cuestionó el síntoma enfocando y creando intensidad en la forma de comunicarse. Finalmente, en el cierre se señalaron los lados fuertes de la Sra. Ordoña que ha tenido para educar a sus hijos. Mientras que con el Sr. Montes realicé una intervención paradójica basada en el desafío con coro griego retomando su planteamiento inicial de continuar o no la terapia junto con la necesidad y/o decisión de repartir su voz y fuerza a toda la familia, esto con el objetivo de devolverle la responsabilidad del cambio.

En lo que se esperaba que fuera la sexta sesión, se les habló por teléfono para agendar cita, a lo que el Sr. Montes explicó que ya no asistiría a terapia justificándose de que él no podía estar solicitando permisos en el trabajo para acudir a terapia, además de que sus hijos estaban perdiendo horas de clase, por lo cual, a pesar de que se le comentó la importancia de continuar con el proceso terapéutico se procedió a cerrar el caso.

Como reflexión, pienso que la decisión del Sr. Montes fue también efecto de la intervención paradójica, en la cual mostró una dificultad y/o no estar en el momento

adecuado para realizar cambios, además de que esto implicaba reconocer de forma abierta que concedería poder a su esposa y "perdería" su jerarquía.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS

El trabajo terapéutico que se llevó a cabo con la familia Montes Ordoña comprendió cinco sesiones con duración de una hora aproximada y con espaciamiento entre sesiones de quince días a un mes. Se inició el proceso en marzo y finalizó en junio. El modelo teórico que sustentó las intervenciones fue el Modelo Estructural. Los objetivos terapéuticos que se plantearon para el tratamiento fueron:

- Conocer y establecer empatía con la familia.
- Rastreo de información sobre el problema y conocimiento de objetivos.
- Investigar los resultados obtenidos tras las reflexiones o tareas que se les dejaba durante los cierres y retomar los lados fuertes que fueran mostrando.
- Cuestionar la estructura familiar.
- Revisar el cuadro de control que se sugirió de las actividades que tendrían los niños y sus resultados.
- Abordar la forma amenazante del Sr. Montes con la que se dirigía a su familia.
- Trabajar con la violencia psicológica.

CAMBIOS LOGRADOS

- La Sra. obtuvo mayor jerarquía, reconociendo que ella podría hacerse cargo de sus hijos aun sin la presencia de su esposo.
- La Sra. logró poner límites claros a sus hijos.
- Los niños se pusieron de acuerdo con su mamá para pedirle las cosas a tiempo.
- Los niños cumplieron con mayor frecuencia con sus responsabilidades.
- Los niños, especialmente Mauricio hicieron peticiones claras a su mamá.
- Los hijos reconocieron y solicitaron con mayor frecuencia que su papá se dirigiera a ellos con más respeto.

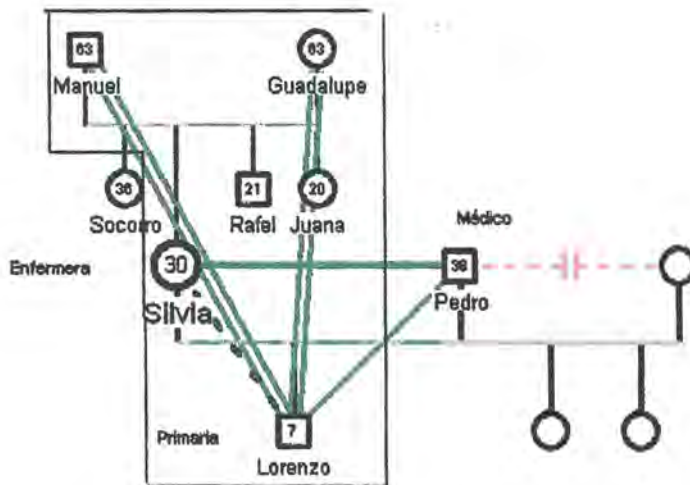
FAMILIA Rosales Vega

SEDE: Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla

SUPERVISORA: Mtra. Susana González Montoya

EQUIPO DE SUPERVISIÓN: Santiago Moreno, Karina Vázquez, Elizabeth Romano, Angélica González

FAMILIOGRAMA



MOTIVO DE CONSULTA

La Sra. Silvia desea lograr tener autoridad sobre Lorenzo, además de poderle mostrar más su afecto.

HIPÓTESIS

Al encontrarse la Sra. Silvia viviendo con parte de su familia de origen ha dificultado la educación que da a su hijo, especialmente para que sus familiares respeten las órdenes que da a Lorenzo. Estas suelen ser descalificadas o anuladas por los tí@s y abuel@ lo que hace que Silvia se cuestione su autoridad y eficacia como madre. Así mismo, al considerar la etapa de ciclo vital en el que se encuentra Silvia, pueden existir una serie de interrogantes acerca de la permanencia con sus padres, su independencia, relaciones de pareja, llevando todo lo anterior, a restablecer la comunicación y/o una nueva relación con

el Sr. Pedro; de tal forma que esto propicia el acercamiento de Lorenzo con su padre, sin embargo, esto también puede ejercer presión sobre Silvia para mostrar su capacidad como madre y como una "mejor" pareja.

1º SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: acudió únicamente Silvia.

Se estableció el joining, se hizo el encuadre terapéutico e inmediatamente después se intervino diciéndole que por experiencia terapéutica en el transcurso del tiempo entre la entrevista telefónica y la primera sesión por lo regular ocurrían cambios por lo que nos preguntábamos si en su caso había sucedido esto. Se explicó que sí, que no se habían dado últimamente quejas por parte de la escuela del niño. Y que en las últimas tres semanas estuvieron en contacto con su papá, además de que el Sr. Pedro había presentado a Lorenzo con sus medias hermanas. Igualmente ella había cambiando de turno en su trabajo para estar más cerca de su hijo. Se indagó acerca de su motivo de consulta indicando que le interesaba desempeñarse mejor como mamá ya que casi no le expresaba su afecto a su hijo, sino que a veces sólo eran muchas restricciones las que había en casa, y olvidaba que también se regía con palabras cariñosas. Expresó que únicamente cuando estaba el Sr. Pedro el hijo obedecía, aunque pudo ubicar en la sesión que también cuando ella le pedía que hiciera su tarea, o al alzar la voz y mostrarse enojada si le hacía caso. Comentó que sus padres sí se daban cuenta de su firmeza, aunque a veces tenía dificultades con sus hermanos ya que consentían a su hijo y éste en ocasiones se escudaba en ellos. Posteriormente mencionó que en una escala de cero a diez ella se encontraba en un siete y deseaba alcanzar el nueve queriendo mostrarse más cordial pero que Lorenzo la seguiera obedeciendo. En el cierre de la sesión se le pidió que reflexionara por qué Lorenzo necesitaba de una mamá que fuera firme y constante, y qué enseñanza le dejaría esto a su hijo.

Inicialmente después de hacer joining con Silvia procedí a recabar información sobre excepciones, ante lo cual ella describió todos los acontecimientos positivos, incluso hasta en la relación con el Sr. Pedro. Una vez comentado esto indagué el motivo de consulta, y la definición de objetivos centrándome en su clara definición, esto es que fuera concreto, observable sin olvidar que se establecieran por Silvia y no por mí. Ante esto en diversos momentos durante la terapia Silvia hizo hincapié en que lo que le interesaba era poder expresarle su cariño a su hijo, además de que éste la obedeciera ya que en presencia del

Sr. Pedro sólo a él lo obedecía. Por lo que nuevamente me centré en buscar las excepciones guiándome con las que ella había mencionado en un inicio con preguntas de ¿cómo conseguiste que te obedeciera en ese momento?, ¿qué hiciste diferente de otras ocasiones? para así comenzar a ampliarlas a otros momentos. Esto concordando con lo que los terapeutas de soluciones comentan acerca de que se debe estar atento a los recursos y habilidades y si no llegaran a aparecer se buscan, promoviendo una apertura para el cambio en su conducta o en su forma de pensar. También hice preguntas inicialmente para recabar información sobre los límites dentro de la familia, averiguando en un inicio que el niño se escudaba en la protección de sus tíos y abuelos.

2 °SESIÓN

Personas que asisten a la sesión: acuden Lorenzo y Silvia.

Se estableció el joining con el niño, se hizo el encuadre terapéutico y a continuación la Sra. retomó la reflexión que se le había pedido, respondiendo que al crecer Lorenzo le beneficiaría porque se iba a encontrar en ambientes o con personas que pondrían límites y responsabilidades. En seguida el niño comentó que su mamá era firme en especial los fines de semana ya que le pedía que hiciera sus deberes y obedeciera a sus abuelos. Inmediatamente después Silvia agregó que a pesar de que le daba pena regañar a Lorenzo frente a sus cuñad@s ella comenzó a hacerse respetar por sus herman@s para que no defendieran al niño cuando ella le llamaba la atención. A continuación se indagó acerca de las tareas que le dejaban en casa al menor, los premios que se le daban, mencionando la Sra. que le agradecía, lo abrazaba y lo felicitaba de manera afectuosa, situación que venía sucediendo desde hacía dos semanas, mientras que las consecuencias que tenía si no cumplía o si le daban algún reporte por parte de la escuela resultaban no ser efectivos, por ejemplo mencionó que le castigaba la T.V aunque por lo general el niño no la veía. Sin embargo, un aspecto que cambió la Sra. es que ahora cuando ella detectaba que se empezaba a enojar se alejaba y se tranquilizaba para poder hablar con Lorenzo. Posteriormente, el niño narró que durante el fin de semana había visitado a su papá sin embargo, tuvo que quedarse en casa de sus medias hermanas debido a una urgencia que se presentó; hecho que a la Sra. Silvia le molestó reclamándole a el Sr. Pedro en presencia del niño. Finalmente la Sra. indicó que de acuerdo a la escala de cambio planteada en la sesión anterior actualmente se encontraba en un ocho. Durante el cierre de la sesión se le pidió que realizara un cuadro de control explicándosele el método de economía de fichas mencionándosele que veíamos que

tenía bien definidos los límites pero que hacía falta tener consecuencias y ser consistente en ello. Así mismo con respecto al desacuerdo que se dio entre la Sra. Silvia y el Sr. Pedro se indicó que esos eran arreglos entre adultos afirmando la Sra. que era un tema de pareja.

En la segunda sesión al obtener más información con la señora sobre las excepciones mencionó que sus papas y hermanos respetaban ahora sus decisiones y los castigos que le imponía a su hijo. De igual forma constantemente se utilizó la normalización con el objetivo de cambiar la visión de Silvia acerca de las manifestaciones de los problemas como imposibles de cambiar a dificultades ordinarias de la vida. La forma en que logró hacer esto fue compartir de mi experiencia terapéutica, de la del equipo de supervisión y de la supervisora situaciones similares a las que Silvia se encontraba viviendo. Por ejemplo, cuando ella mencionó que su hijo le dijo "por favor mamá no te conviertas en Leona" después de averiguar el significado de esto, se normalizó diciéndole que nosotros veíamos que en esos momentos ella era más bien firme. O bien, cuando comentó que sus padres consentían mucho al niño se le explicó que era normal que los abuelos quieran dar todo a sus nietos, pero que sin embargo su firmeza le estaba ayudando a poner límites. Ahora bien, para ampliar y mantener los cambios, inicialmente se le hizo la pregunta de escala a Silvia para conocer en dónde se ubicaba ella y el avance que iba teniendo sesión tras sesión. De igual forma, con las preguntas para obtener excepciones en un nivel sutil como dicen O'Hanlon y Weiner-Davis, (1989) da ánimo al cliente para atribuirse el mérito, además de que ayuda a identificar cómo hace que sucedan cosas positivas.

3 ° SESION

Personas que asisten a la sesión: Acudió únicamente Silvia

Al inicio se platicó que en el transcurso de las tres semanas había puesto en práctica el programa que se le sugirió señalando que en los primeros días ella le recordaba al niño lo que debía hacer, por lo que después acordó con Lorenzo que pondría de otro color los aciertos donde ella no tuviera que recordarle nada. Dijo que se habían establecido los premios y castigos, pero que le costaba trabajo ser firme y al niño hacer las cosas él mismo. No obstante, pensó que tendría que estar detrás de su hijo constantemente; seguir comprometida ganando fuerza siendo firme y amorosa para sacarlo adelante y verlo feliz en un futuro a pesar de no tener a su papá todos los días junto a él.

Posteriormente advirtió que a su regreso de vacaciones, las cuales pasaron juntos el Sr. Pedro, Silvia y Lorenzo, éste continuó obedeciendo sin problemas: Mientras que ella siguió motivándolo, felicitándolo además por haber incrementado su tolerancia, lo que se reflejó en su modo de hablarle siendo más cariñosa. Después manifestó que finalmente había alcanzado su meta, esto es, se encontraba en nueve. Al mismo tiempo como madre, ella se asignaba un ocho siendo esa su calificación máxima. Expresó mantener su nueva forma de ser con su hijo, lográndolo a base de repetición para que después lo hiciera con mayor naturalidad. Al finalizar la sesión, se le felicitó por los cambios ocurridos en donde estaba aprendiendo a ser firme pero cariñosa también. Se le comentó que la siguiente sesión sería exclusivamente para saber cómo se acomodaban los cambios que se estaban dando; y que reflexionara qué cosa tendría que suceder para que bajara de su escala de nueve, aunque según la experiencia que tenemos como terapeutas, veíamos que una vez que comenzaban los cambios ya no había marcha atrás.

Finalmente para la siguiente sesión se planeaba hacer entrega de un documento terapéutico, esto es un diploma, sin embargo, la Sra. no pudo asistir procediéndose, vía telefónica, a darla de alta de común acuerdo con ella. Asimismo comentó que los cambios continuaban presentándose y que se encontraban tranquilos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS

El trabajo terapéutico que se llevó a cabo con la Sra. Silvia comprendió tres sesiones con duración de una hora aproximada y con espaciamento entre sesiones de quince días a un mes. Iniciándose el proceso en septiembre y finalizándose en octubre. El modelo teórico que sustentó principalmente las intervenciones fue el de Terapia Breve Centrado en Soluciones alcanzándose el objetivo terapéutico. Bajo este enfoque las soluciones son las que reciben especial atención examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y en las que no, dirigiendo la atención de las personas hacia lo que ha funcionado. Los objetivos terapéuticos que se plantearon para el tratamiento fueron:

- Establecer joining encontrado lados fuertes en cada uno de los integrantes
- Establecer claramente el motivo de consulta.

-
- Buscar las excepciones transcurridas entre sesión y sesión.
 - Revisar el cuadro de control que se sugirió de las actividades que Lorenzo tendría y sus resultados.
 - Fortalecer y atribuir los recursos de Silvia como madre firme y cariñosa.
 - Marcar límites claros con respecto a Lorenzo de las problemáticas de pareja entre Silvia y Pedro.

CAMBIOS LOGRADOS

- Silvia pudo establecer límites con sus padres y hermanos para hacer respetar sus órdenes.
- Logró que Lorenzo continuara obediéndola cuando ella se lo pedía.
- Logró mostrarse más afectuosa con su hijo tanto verbal como no verbalmente.
- Se logró que la Sra. pudiera separar la situación de pareja de Lorenzo.

3.1.2 ANALISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL

Para entender mi participación dentro del análisis del sistema terapéutico total, considero que debo describir brevemente el postulado teórico de la Cibernética de segundo orden.

Wiener define la Cibernética como la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivos (Wiener, 1948 cit. en Eguiluz, op. cit.). Esta presenta dos modos de concebir al observador y al sistema observado:

- 1) La "Cibernética de primer orden" (Cibernética del sistema observado), que separa al observador de lo observado y se basa en una perspectiva externa al sistema, y
- 2) La "Cibernética de segundo orden" (Cibernética del sistema observante), en la que el observador es parte de lo que observa y toda descripción acerca de observaciones y modelos es necesariamente una descripción acerca de quien genera esa descripción (Foerster, 1973; Howe y Foerster, 1974; Watzlawick, 1984; cit. en Sluzki, 1987.).

La Cibernética de segundo orden inicia con la consideración del terapeuta como parte del sistema de relaciones y retroalimentación. El terapeuta se concibe como perteneciente a

la realidad del sistema por construir. En este sentido, el sujeto es considerado parte del objeto en la medida que se relaciona con el mismo objeto (Naranjo, 2002).

Ahora bien, para Foerster (Jiménez, op.cit) la reintroducción del observador, el asumir una postura de no neutralidad y de objetividad, son requisitos fundamentales para una epistemología de los sistemas vivientes. La Cibernética apuesta a que la realidad no es independiente del observador sino que ésta se construye. Por su parte Humberto Maturana (1996) sostiene que lo que el observador explica es su experiencia, y que la experiencia es lo que el observador distingue que le pasa en circunstancias que el explicar es también una experiencia a explicar.

Sistemas de supervisión y sistemas terapéuticos.

La supervisión clínica es vista como un componente esencial en el campo de la enseñanza y práctica de la psicología y psicoterapia. Ésta requiere de una serie de conocimientos y habilidades especializados. Una de sus modalidades es que el practicante se reúna regularmente con otro profesional con una formación de supervisor para discutir los casos de trabajo y otros temas relacionados de forma estructurada. En otras ocasiones, es llevada a cabo en vivo, o bien a través de la revisión de videos. El propósito es dar al practicante la oportunidad de que aprenda de sus intervenciones al mismo tiempo de asegurar un buen servicio al cliente o paciente.

Para Troya y Aurón (1988), la supervisión es "un espacio de integración teórico en el que se diagnostica a la familia y al sistema terapéutico, se deciden las modalidades de intervención adecuadas, se retroalimenta y acompaña al terapeuta para optimizar su desempeño en el sistema terapéutico como experto, se puntualizan objetivos terapéuticos y se da continuidad al proceso" (p.5)

Estas mismas autoras describen diferentes modalidades para la participación del supervisor dentro de los sistemas:

- 1) Sistema Familiar + Terapeuta = Sistema Terapéutico (S. T.)
- 2) Equipo de Supervisandos + Supervisor = Sistema de Supervisión (S. de S.)
- 3) Sistema de Supervisión + Terapeuta = Sistema de Terapeutas (S. de T.)
- 4) 1 + 2 = Sistema Terapéutico Total (S. T. T.)

Una de sus principales funciones es no perder de vista el objetivo del tratamiento. Dirige su atención a la familia y parte de su atención al terapeuta y equipo terapéutico. El supervisor se compromete a ser una fuente estable de soporte, de estimulación, retroalimentación, instrucción y dar soluciones (NIDA, 2008).

En la supervisión en vivo, el supervisor guía el proceso respetando la actividad del terapeuta e interviniendo para señalar una línea de trabajo, ampliando su visión e incluso "liberarlo" cuando se encuentra atrapado en algún obstáculo. Los mensajes comunicados al terapeuta son el resultado de la elaboración del conjunto de observaciones hechas por el equipo terapéutico y del análisis de hipótesis trabajadas durante la pre-y post sesión (Desatnik, Franklin y Rubli 2002). Ahora bien, también tendrá que llevar a cabo una contención de las idealizaciones de prestigio que se pueden crear alrededor de su figura, de tal forma que si bien dará la imagen de apoyo, contención a su vez generará la idea a los terapeutas primarios de responsabilidad con sus propios pacientes.

Además, requerirá tomar en cuenta la Cibernética de segundo orden, acerca de la propia participación en el proceso y de las habilidades de mediación y comprensión de los procesos grupales para cuidar tanto la relación como la tarea en el sistema terapéutico total (Desatnik y cols, op. cit, p.55).

Mi experiencia de los diferentes sistemas y mi relación con estos puedo mencionar lo siguiente:

- **En el Sistema Terapéutico**

Mi experiencia de aprendizaje como terapeuta frente a la familia fue muy basta. Comenzando con la importancia de establecer empatía con cada uno de los miembros de la familia, en especial con aquellos poco motivados, del respeto hacia ésta, el determinar objetivos terapéuticos claros, hasta la observación y manejo de las emociones producidas en la sesión.

Otro hecho relevante, fue comprender el ritmo de cada familia, sobretodo al inicio de mi actuación, debido a que en ocasiones resultaba difícil entender la "falta de cambios", hasta que llegué a concebir de manera práctica a lo que se refiere la teoría en cuanto a la homeostasis y las implicaciones que tienen los cambios en los sistemas.

En relación con el respeto del cliente, reconocí el valor de la confidencialidad y tolerancia hacia las metas y objetivos que bien pueden ser muy distintas a lo que nosotros como terapeutas podríamos pensar, pero que para las personas esos son sus requerimientos. Así mismo, la necesidad de estar actualizados en diversas temáticas y el alcance que puede tener en nuestro desempeño el integrar nuevos conocimientos en nuestro trabajo, dado que en los primeros semestres como terapeuta o bien observadora pudimos pasar por alto algunas consideraciones que fueron cubiertas conforme nos fueron/fuimos instruyendo.

Un aspecto fundamental fue la realización de actas como parte del registro y análisis de las sesiones, las cuales me parecen una ayuda eficaz para tener presente la información que va proporcionando la familia y en caso de ser necesario utilizarla posteriormente. También me permitió analizar con profundidad mis intervenciones y la de mis compañeros. Con respecto a la revisión de los videos, pude mirar con mayor detenimiento mis actuaciones (lenguaje verbal, no verbal, ritmos, etc.) de tal forma, que esto hace más conciente por un lado los errores que se comenten en sesión para poderlos corregir o bien los aciertos para seguirlos empleando.

En cuanto a la integración teórico-práctica, ésta estuvo presente todo el tiempo, ya que desde mi experiencia como terapeuta fui identificando y aplicando las técnicas propuestas por los diversos modelos que revisé. También fue especial para mí el poder enfocarme en las soluciones y ampliarlas como lo propone el modelo de terapia breve centrado en soluciones. Comprendí, que en instituciones como el ISSSTE el manejo de éstas son muy útiles, debido a la gran cantidad de afluencia de pacientes y la necesidad tanto de la institución como de los mismos usuarios para resolver los problemas.

• **Formando parte del Equipo de Supervisión**

En un inicio mi participación en el equipo fue somera debido a que para mí era un proceso nuevo que requería adaptación y comprensión puesto que no tenía claro en qué consistía exactamente o cómo podía yo influir o participar, sin embargo, no pasó mucho tiempo para entender a nivel práctico cómo se daba esto. De tal forma, que me fui involucrando cada vez más, participando con mis observaciones las cuales en ocasiones fueron incluidas y transmitidas a mis compañeros y familia durante la consulta o bien en la pre-post sesión suscitando reflexiones en el resto del equipo.



Respectivamente a la retroalimentación que se daba a los compañeros después de la observación, siempre se realizó en un aspecto positivo, con el fin de mejorar áreas o bien para puntualizar la aplicación de una buena estrategia, en donde por ejemplo, se observaba la integración de la técnica y estilo terapéutico de cada uno. Ahora bien, por parte de los terapeutas, hubo la apertura a recibir sugerencias, así como para expresar sus percepciones y emociones que pudieran surgir a raíz de la sesión. Observé durante la transición de los semestres el avance en cada uno de ellos, mostrándose cada vez más seguros, claros y asertivos en sus intervenciones. Pero también aprendí a reconocer áreas en donde podían necesitar mayor apoyo por parte del equipo.

Por otro lado, este espacio de observadora me ayudó a terminar de consolidar mis conocimientos teóricos-prácticos p. ej. reconociendo, cuáles, cómo y en qué momentos aplicaban las técnicas mis compañeros.

Con respecto a cada uno de mis compañeros miré lo siguiente:

Angélica: El orden que llevó en cada una de sus sesiones. La energía que mostró, refiriéndome a la movilidad que tuvo permitiéndole esto aliarse o coaligarse. La capacidad de ajustar metáforas a diferentes problemáticas y de incorporar participativamente a los miembros de la familia.

Elizabeth: El compromiso que mostró con sus pacientes. La importancia de las fluctuaciones e intensidad del tono de voz durante y en el cierre de la sesión. Esto permitía mantener involucrados y participativos a los pacientes en las consultas, o bien le daba fuerza a los mensajes. Así mismo, su capacidad de dejar fuera prejuicios que pudieron haber estorbado en su actuación.

Santiago: La serenidad con la que se debe manejar casos de comunicación simétrica o descalificaciones. Y los beneficios del manejo de metáforas en las sesiones y la facultad de manejar los silencios.

Karina: Un equilibrio entre una forma directiva y reflexiva en su estilo terapéutico. Su capacidad de análisis sistémico y de integrar a todos los miembros en las sesiones, pero sobre todo la neutralidad que pudo mostrar ante un caso que éticamente y personalmente podía causar dificultad en su tratamiento, sin embargo, dado el trabajo terapéutico personal y la búsqueda de redes de apoyo pudo desempeñarse exitosamente.

- **En relación con la supervisión**

En un inicio pensaba que al estar siendo mirada por un equipo y las supervisoras me daría la sensación de estar bajo presión. Sin embargo, esto fue cambiando conforme pasó el tiempo pues esta fue de apoyo, ayuda y enriquecimiento. También pude darme cuenta de mis fortalezas y debilidades a través del trabajo de las supervisoras, esto es de su retroalimentación y guía.

Aprendí, que el papel del supervisor para conducir al equipo y al terapeuta es esencial, ya que lo que observé fue que iban integrando las diferentes visiones de los miembros del equipo, para poder entregárselos a la familia. Lo anterior resultaba a su vez impactante y productivo para lograr avances terapéuticos. Esto también es significativo, ya que implica una gran habilidad por parte de ellas, es decir, estar al tanto con particular atención de lo que sucede en la familia, como con el terapeuta y el equipo, y a además, transmitir confianza y respeto al comunicarse con el supervisado.

Otra situación que me pareció interesante, fue que el apoyo y/o participación de las supervisoras en momentos específicos dentro de la terapia puede resultar de gran impacto para beneficio de los clientes. Así mismo, considero que fue favorable el haber podido experimentar con los diferentes estilos de supervisión, debido a que ampliaron mi visión en cuanto a distintos modos de intervención. Y finalmente, algo que siempre cuidaron fue que hicieron énfasis en la importancia del trabajo terapéutico personal.

3.2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

En las asignaturas de Métodos de Investigación Aplicada I y II se analizaron los fundamentos de la metodología cuantitativa y cualitativa, realizando para ello dos investigaciones.

3.2.1. Reporte de la investigación realizada bajo la metodología cuantitativa

Depresión, ideación suicida y estilos de afrontamiento en personas que viven con y sin VIH.

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la depresión, la ideación suicida y los estilos de afrontamiento en personas que viven con y sin VIH. La muestra estuvo conformada por 34 participantes, de los cuales, 18 tienen diagnóstico de VIH. Los instrumentos aplicados fueron: Inventario de Depresión de

Beck (1976), Escala de Ideación Suicida de Beck, Schuyler y Herman (1974) y Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1985). El diseño fue transversal correlacional y el análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS. Se encontraron correlaciones entre depresión e ideación suicida; entre ideación suicida y subescala de escape-avoidación; y entre depresión y las subescalas de responsabilidad y de escape-avoidación. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de personas seropositivas y seronegativas.

En la actualidad la depresión y el VIH/SIDA son dos de las enfermedades más importantes que aquejan a la sociedad. La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes, afectando a 340 millones de personas en todo el mundo. A pesar de que la depresión permanece a menudo como una enfermedad no detectada y/o diagnosticada, en sus dimensiones reales, se calcula que entre un 2% y un 4% de la población general padece este tipo de trastorno. Con este ritmo de crecimiento y progresión, la Organización Mundial de la Salud (2002), estima que para el año 2020 se convertirá en la segunda causa más importante de incapacidad y muerte, tan sólo superada por las enfermedades cardiovasculares.

En México, el INEGI (2002) reporta que el VIH/SIDA es la séptima causa de mortalidad en edades productivas (entre 15 y 64 años), con riesgo de un continuo incremento. El VIH es una enfermedad caracterizada por un progresivo agotamiento de los linfocitos T CD4, un subconjunto de células blancas sanguíneas responsables de la coordinación y regulación de las respuestas inmunes (Gallo, 1988).

Las personas que se enfrentan ante un diagnóstico de seropositividad, es decir, existencia de VIH, comienzan a perder la salud y por ello, se presentan con mayor facilidad las enfermedades. En el ámbito psicológico, pasan por las siguientes etapas: 1) Negación, 2) Estructuración, 3) Deterioro de la imagen y de la autoestima, 4) Auto destructividad, 5) Vengatividad, 6) Pacto o negociación y 7) Aceptación (Kubler-Ross, 1969).

En algunas de estas etapas es común la manifestación de depresión, así como la ideación suicida. La Depresión es una enfermedad grave y potencialmente letal que afecta al cuerpo, a la mente y al alma de la persona que queda atrapada bajo su influencia. Como parte del complejo sintomático, las distorsiones cognitivas, según Beck (1976), son las causas primarias del desorden. Para él la depresión presenta sus propias formas de distorsión, agrupadas en tres rubros: 1) Expectativas negativas respecto al ambiente, 2) Autoapreciaciones negativas y 3) Expectativas negativas respecto al futuro.

Con esta visión del mundo, es altamente probable la consideración del suicidio como una alternativa para terminar con el dolor y sufrimiento.

Otro dato importante es el que reporta el DSM IV, el cual indica que en episodios de depresión mayores suelen presentarse pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes e intentos suicidas. Generalmente, en los pacientes suicidas se presentan tres momentos: 1. Ideación suicida: La persona piensa su muerte y habla sobre su deseo de morir. 2. Conducta suicida: El paciente comienza a evidenciar cambios bruscos en su forma de ser y actuar, y 3. Acto suicida: Acto autodestructivo y que puede o no tener un fin mortal.

Estudios recientes reportan que los grupos marginados y minoritarios tienen mayor riesgo de depresión y suicidio. Entre los factores que parecen contribuir a este hecho se encuentran el recelo hacia el uso de los servicios públicos de salud por parte de estos grupos de población, las barreras socio-culturales, la presencia de trastornos secundarios asociados, los factores socioeconómicos, el peso de las creencias religiosas y la dependencia del propio grupo de referencia para tratar los propios problemas sin ayudas externas (Puchol, 2003).

Algunos de los grupos minoritarios como las personas infectadas de VIH heterosexuales y homosexuales parecen estar más expuestos a padecer depresión e ideación suicida; esto debido a que también se enfrentan a dificultades socio-culturales entre las cuales podemos mencionar la estigmatización, violencia y discriminación.

Morrow (2004), encontró que los adolescentes homosexuales tienen un alto riesgo de depresión debido a múltiples factores estresantes. D'Augelli y Hershberger (1995), hallaron que debido al estrés psicológico que deben soportar, entre un 30 y 40% de jóvenes homosexuales, habían intentado suicidarse, comparado al 8% y 13% de heterosexuales. Estos datos son confirmados por Cochran y Mays (2000), quienes reportaron que los hombres homosexuales padecen de mayor riesgo de ideación suicida que los hombres heterosexuales. Matthews, Hughes, Johnson, Razzano y Cassidy (2002), descubrieron que la orientación sexual representa un factor de riesgo de suicidio así como de ideación suicida.

Marzuk Tierney, Tardiff, Morgan y Mann (1988), averiguaron que en Nueva York de una muestra de hombres entre 20 y 59 años, el nivel de riesgo de suicidio entre aquellos con SIDA era 36 veces más alto comparados con hombres entre el mismo rango sin la enfermedad. Sin embargo, Savard, Laberge y Gauthier, (1996) obtuvieron una frecuencia similar en la depresión tanto en seropositivos como seronegativos, aunque se encontró mayor depresión en los homosexuales seropositivos que en los heterosexuales seropositivos. No obstante, Hays, Turner y Coates (1992), observaron que hombres homosexuales con VIH no están psicológicamente más afectados que los homosexuales sin VIH, ellos atribuyen este resultado a que las personas seropositivas de este estudio aún no desarrollaban la enfermedad del SIDA, sin embargo, al presentar los síntomas era frecuente la presencia de la depresión.

Leserman, Petitto, Perkins, Folds, Golden y Evans (1997) y Lyketsos, Hoover, Guccione, Dew, Wesch, Bing y Treisman (1996) relacionaron los síntomas depresivos con el tiempo de diagnóstico de VIH, descubriendo en los autoreportes de las personas, que los síntomas depresivos aumentaban después de un año y medio del diagnóstico.

Por otro lado, otro estudio sugiere que existe una relación directa entre el número de amigos y el impacto psicológico y depresión en personas seropositivas. Con esto, se hace evidente que, el apoyo social amortigua la sintomatología de la depresión en personas con VIH (Folkman, Chesney, Pollack y Coates, 1993). Ahora bien, si el apoyo social pudiera ser un factor que aminorara la sintomatología de la depresión en las personas seropositivas, creemos importante, considerar los estilos de afrontamiento como los esfuerzos para manejar las demandas ambientales e internas que se les presentan a las personas.

El afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1985), como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que controlan las condiciones aversivas del entorno disminuyendo, por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas. Estos autores consideran ocho estrategias de afrontamiento que son: confrontativa, distanciamiento, solución de problemas, apoyo social, responsabilidad, escape-avoidancia, autocontrol y reevaluación positiva.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, algunos estudios han demostrado la relación que tienen éstas y el daño psicológico en las personas con VIH. Solano, Costa, Salvati, Coda, Aiuti, Mezzaroma y Bertini (1993), así como Mulder, Antoni, Duivenvoorden, Kauffmann y Goodkin, (1995), reportaron una relación entre las estrategias de afrontamiento pasivas y/o inadaptativas y la progresión de la enfermedad de VIH, mientras que entre menos negación y más estrategias activas de afrontamiento (búsqueda de información de la enfermedad, "espíritu de lucha") se relacionaban con una menor probabilidad de desarrollo de síntomas relativos al VIH después de un año.

Finalmente, Flavin, Franklin y Richard (1986), sugieren que el diagnóstico temprano de VIH, el tratamiento de la depresión y de abuso de sustancias en homosexuales contribuirá a la prevención del riesgo potencial de suicidio.

Tomando en cuenta que en diversas regiones del mundo, entre ellas México, y que en los últimos años se ha observado un incremento constante de casos de depresión, VIH y conductas suicidas, creemos que estos problemas ameritan ser considerados seriamente. Así, resultan apremiantes y oportunos los esfuerzos preventivos respecto a estas problemáticas que se van configurando como problemas de salud pública.

Es necesario no perder de vista la importancia del contexto social, identificando, desde luego, a los grupos de población de alto riesgo para establecer estrategias preventivas a corto y a mediano plazo. Un grupo de alto riesgo lo integran las personas homosexuales, ya que enfrentan distintas formas de exclusión, discriminación y violencia, por no seguir las normas sociales, y si a esto le aunamos el factor de haber contraído VIH, la tendencia a la depresión e ideación suicida podría ser aún mayor. En México no abundan los estudios acerca de la depresión e ideación suicida en personas con VIH, por ello se hace todavía más evidente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema.

Por estas razones, consideramos trascendental obtener datos para sentar bases para futuras investigaciones y para diseñar directrices con el fin de brindar atención psicoterapéutica y desarrollar habilidades de afrontamiento en estos grupos, considerando y entendiendo sus condiciones específicas.

Con base en lo anterior, nuestro objetivo de estudio fue evaluar en una muestra de personas que viven con y sin VIH, homosexuales y heterosexuales, sus niveles de depresión, ideación suicida y estilos de afrontamiento.

Las hipótesis que consideramos fueron:

- A mayor depresión, mayor ideación suicida.
- A mayor depresión, menos habilidades de afrontamiento.
- Las personas con VIH presentarán mayores niveles de depresión y de ideación suicida, independientemente de su orientación sexual, con respecto a las personas con un diagnóstico negativo.
- Las personas con un diagnóstico sero-positivo tendrán menos habilidades de afrontamiento.
- A menor tiempo de diagnóstico de seropositividad, mayor depresión e ideación suicida.
- A menor tiempo de diagnóstico de seropositividad menores habilidades de afrontamiento.
- A menor edad de los pacientes con VIH, menos habilidades de afrontamiento.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo conformada por 21 hombres (61.8%) y 13 mujeres (38.2%), de los que 18 (52.9%) tenían orientación homosexual, y de ellos 10 son pacientes infectados por VIH, mientras que 8 no lo están. Por otro lado, 16 (47.1%) son heterosexuales y de éstos 8 están infectados.

Situación de aplicación

La evaluación de los participantes se realizó de manera grupal, los instrumentos fueron aplicados en un espacio de una clínica del IMSS y en un salón de la FES Iztacala.

Instrumentos

El instrumento que se utilizó para evaluar la *Depresión* fue el *Inventario de Depresión de Beck* (1976), cuenta con 21 reactivos y los puntajes obtenidos se ubican en la siguiente escala:

-
- 0 a 12 Ausencia de depresión
 - 13 a 20 Depresión leve
 - 21 a 30 Depresión moderada
 - Más de 31 Depresión severa

Para evaluar la *Ideación Suicida* se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck, Schuyler y Herman (1974). Este instrumento cuenta con 21 reactivos y el punto de corte es de 10, a partir del cual se admite la probable presencia de la ideación suicida.

Finalmente, el instrumento que se utilizó para evaluar los *Estilos de afrontamiento* fue la Escala de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1985). Contiene 67 reactivos divididos en 8 subescalas: Confrontativa, Distanciamiento, Solución de problemas, Apoyo social, Responsabilidad, Escape-avoidance, Autocontrol y Reevaluación positiva. Cada reactivo tiene un valor numérico del 0 al 3 que va desde "en lo absoluto", "en alguna medida", "bastante" y "en gran medida". En cada subescala se obtienen los puntajes y la media de éstos. Los puntajes de la media y por debajo indican la ausencia del estilo de afrontamiento, mientras que los puntajes encima de la media, indican la presencia de la estrategia

Diseño

Se utilizó un diseño transversal correlacional.

Muestreo

El muestreo empleado fue de tipo accidental (Kerlinger, 1999). Los criterios de inclusión, tanto para el grupo seronegativo como para el seropositivo, fueron: una parte del grupo debió tener orientación homosexual y la otra parte heterosexual. Mientras que para pertenecer al grupo seropositivo, las personas tuvieron que haber recibido un diagnóstico positivo de VIH.

PROCEDIMIENTO

Se contactó al Coordinador de Fomento a la Salud y al Coordinador del grupo de autoapoyo con personas con VIH de una clínica del IMSS para invitar a personas seropositivas a participar en la investigación. Para aproximarse a las personas que viven

sin VIH, se hizo la invitación en la FES Iztacala a personas interesadas en participar en la investigación.

Se realizó una sesión con cada grupo en un promedio de una hora. Se les entregó una ficha de identificación que debían llenar con sus datos demográficos, después se les aplicaron las evaluaciones en el siguiente orden: 1. La Escala de Afrontamiento, 2. El Inventario de Depresión y 3. La Escala de Ideación Suicida.

Se capturaron los datos obtenidos por los instrumentos y se analizaron a través del programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La edad promedio de los participantes fue de 34.02 años, en un rango de 18 a 56 años. El 67.6% de los participantes eran solteros, el 14.7% casados, 2.9% viven en unión libre, el 5.9% son divorciados y el resto (8.8%) son viudos.

El 70.6% de la muestra se había realizado la prueba para detectar la presencia de VIH y de éstos, el 17.7% obtuvo un resultado negativo, mientras que el 52.9% fue positivo, el promedio de tiempo en que obtuvieron su diagnóstico fue de 6 años con 9 meses y osciló en un rango de 10 meses a 15 años.

Se realizó un primer análisis de las variables depresión, ideación suicida y estilos de afrontamiento.

Los resultados respecto a la depresión indicaron que: el 55.9% de la muestra no presentaron síntomas de depresión o ésta fue nula; 32.4% se ubicaron con depresión leve, lo que significa que presentan más de unos de los siguientes síntomas (sin llegar a ser desadaptativos): falta de interés, no reacción a estímulos agradables, lentitud o agitación psicomotora, pérdida de peso, etc.

El 8.8% presentó depresión moderada, es decir, los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día de casi todos los días durante al menos dos años. Su estado es triste o desanimado y puede haber pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnía, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad de concentración o para tomar decisiones y aumento de la autocrítica.

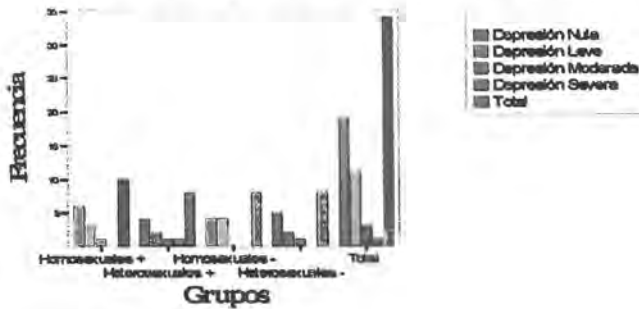
Por último, 2.9% con depresión severa, ésta se distingue de las demás por su gravedad, cronicidad y persistencia. El estado de ánimo depresivo debe estar presente la mayor parte del día, casi cada día durante un período de al menos dos semanas. Algunos de los síntomas son: disminución de interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, insomnio o hipersomnía, fatiga o pérdida de energía, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o una tentativa de suicidio o plan específico para suicidarse, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiados (DSM-IV, 1996).

Para saber si existían diferencias significativas entre los niveles de depresión (nula, leve, moderada y severa) que presentaron los grupos de personas seropositivas y seronegativas y los grupos de homosexuales y heterosexuales, se aplicó la prueba "t", no encontrándose diferencias significativas. La gráfica 1 muestra los datos obtenidos en relación a la depresión.

Con respecto a la ideación suicida, se encontró que: 23 personas (67.6%) no presentaron ideación suicida, mientras que las otras 11 (32.4%) sí mencionaron tener ideas suicidas recurrentes. Nuevamente se aplicó la prueba "t" para saber si existían diferencias entre los grupos de personas que viven con VIH y los que no y entre los homosexuales y heterosexuales en relación a la ideación suicida, no encontrándose diferencias significativas. En la gráfica 2 se presentan los resultados respecto a la ideación suicida.

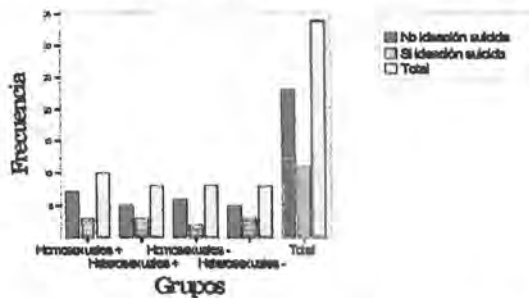
Gráfica 1

Niveles de depresión en los diferentes grupos



Gráfica 2

Niveles de ideación suicida en los diferentes grupos



Los resultados en relación con los estilos de afrontamiento, se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 1. Porcentaje de personas en las que se presentan cada una de las subescalas de afrontamiento.

Subescalas	Presencia	Ausencia
Confrontativo	20.58%	79.42%
Distanciamiento	17.65%	82.35%
Autocontrol	26.47%	73.53%
Apoyo social	44.12%	55.88%
Responsabilidad	26.47%	73.53%

Escape-evitación	14.7%	85.3%
Solución de problemas	38.24%	61.76%
Reevaluación positiva	64.7%	35.3%

Los datos de esta tabla nos sugieren que en más del 50% de la población no se presentan los estilos de afrontamiento que evalúa esta escala, excepto la reevaluación positiva. Sin embargo, estos resultados en las subescalas de distanciamiento y escape-evitación son favorecedores puesto que solo el 17.65% tiende a distanciarse, ya sea física o emocionalmente, ante las situaciones y el 14.7% evita enfrentar las situaciones estresantes.

Para saber si existían diferencias con respecto a los estilos de afrontamiento entre las personas seropositivas y seronegativas y entre las personas con orientación heterosexual y las homosexuales, se aplicó la prueba "t", la cual indicó que no hay diferencias significativas entre los grupos.

Como se recordará, uno de los objetivos fue determinar si existía una relación entre las variables depresión, ideación suicida y estilos de afrontamiento. Además, se determinaron relaciones de estas variables con el tiempo de diagnóstico de los pacientes con VIH y sus edades. Los resultados se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Relación entre variables

	Depresión	Ideación suicida	Escape-evitación	Responsabilidad
Depresión		.713**	.665**	.479**
Ideación suicida			.465**	
Fecha de diagnóstico	-.381	-.181		-.575*
Edad del participante	-.085	-.105		

* Nivel de significación de 0.05 ** Nivel de significación de 0.01

Como puede apreciarse, se encontró una correlación positiva considerable entre la depresión e ideación suicida con un $r^2=.713$ con nivel de significación de .01, lo que significaría que, mientras las personas se deprimen más, se presentan más ideas o pensamientos recurrentes de muerte.

También se encontró una correlación positiva media entre la depresión y la subescala 5 (responsabilidad) con un $r^2=.479$ con un nivel de significación de .01, que indica que a mayor depresión, las personas ponen más atención y cuidados a su persona. Además de una correlación positiva considerable entre la depresión y la subescala 6 (escape-avoidance) con un $r^2=.665$ con nivel de significación de .01. Lo que podría indicar que a mayor depresión mayor evitación de situaciones.

Se encontró una correlación positiva media entre la ideación suicida y la subescala 6 (escape-avoidance) con un $r^2=.465$ con nivel de significación de .01, lo cual significaría que mientras se tienen más ideas suicidas, se evitan más las situaciones.

Por otro lado, con respecto al tiempo de diagnóstico, se encontró una correlación negativa media entre ésta y la subescala 5 (responsabilidad) con un $r^2= -.575$ y un nivel de significación de .05, lo cual implicaría que a menor tiempo de diagnóstico de VIH, más responsabilidad, por ejemplo, poner mayor cuidado y atención a las cosas. Sin embargo, no se identificaron correlaciones entre el tiempo de diagnóstico y la depresión, e ideación suicida. Al determinar la relación de la variable edad con la depresión, la ideación suicida y los estilos de afrontamiento, en ningún caso se encontraron correlaciones significativas.

DISCUSIÓN

Uno de los resultados encontrados en el presente estudio fue el de una clara correlación entre la depresión e ideación suicida, datos que el DSM-IV confirma, al mencionar a la ideación como uno de los síntomas que pueden presentarse en los episodios de depresión mayor. De igual manera, Beck (1976), contempla a la ideación suicida como un factor importante en la depresión.

Otro resultado que encontramos es la ausencia de diferencias significativas de la depresión e ideación suicida entre los grupos de homosexuales y heterosexuales. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Savard, Laberge y Gauthier, (1996), que

reportaron una frecuencia similar en la depresión, tanto en seropositivos como seronegativos.

Sin embargo, contrastan con las investigaciones siguientes: Puchol (2003), quien sostiene que los grupos marginados, entre ellos el de homosexuales, tienen mayor riesgo de depresión y suicidio. Morrow (2004) quien encontró mayor depresión en lo homosexuales y D'Augelli y Hershberger (1995), quienes reportaron más intentos suicidas en homosexuales que en heterosexuales.

Lo anterior, hace pensar que la depresión y la ideación suicida cada día son más frecuentes en toda la población y que si anteriormente los grupos marginados se enfrentaban a ciertos factores estresantes, en la actualidad estos factores no son exclusivos de dichos grupos o bien, han aumentado los factores que provocan depresión e ideaciones suicidas en la población en general.

Por otro lado, Hays, op cit. (1992), señalan una ausencia de daño psicológico significativo en pacientes homosexuales con y sin VIH. Lo que concuerda con lo referente a nuestros datos, debido a que la depresión y la ideación suicida pueden ser consideradas como problemas psicológicos y tampoco se encontraron diferencias entre los grupos seropositivo y seronegativo.

Podríamos inferir que lo anterior, posiblemente se deba a que los participantes de este estudio aún no presentan síntomas de SIDA, puesto que al desarrollar la enfermedad, con todo lo que implica, podría haber una mayor probabilidad de presentar mayor depresión e ideación suicida.

Otro de nuestros hallazgos se opone a lo descrito por Leserman, op cit. (1997) y Lyketos, op cit. (1996), quienes reportan un aumento de la depresión al transcurrir el tiempo de diagnóstico del VIH, variables que nuestro estudio no tuvieron correlación. Esto nos indica que la presencia de un cuadro clínico de depresión es independiente del tiempo transcurrido de la fecha de diagnóstico y por lo tanto, posiblemente existan otros factores que puedan generar la depresión.

Por el contrario, al encontrarse una correlación negativa entre el tiempo del diagnóstico y la subescala responsabilidad, nos hace pensar que en cuanto las personas se enteran de su diagnóstico, se interesan por cuidar su salud y con ello, se responsabilizan más, hecho que conforme va pasando el tiempo, van descuidando. Este hecho contrastó con nuestros primeros supuestos.

Al encontrar las correlaciones entre la subescala de escape-evitación y depresión, y de esta misma subescala con la ideación suicida, llegamos a la reflexión de que mientras haya más depresión y pensamientos o ideas suicidas, habrá mayor dificultad para enfrentar las situaciones en las que las personas deban resolver un problema. Mientras que al encontrar la asociación entre la depresión y la responsabilidad, surgió la hipótesis de que las personas en tanto más se responsabilizan, se deprimen más fácilmente, lo que pudiera deberse a que al haber una sobre-responsabilidad la persona podría sentirse frustrada al no poder cumplir con todo lo que se exige, y por ello, comenzar con sentimientos o actitudes que la lleven a estados depresivos.

Cabe señalar, que la variable edad de los participantes, tampoco tuvo relación con los niveles de depresión, la ideación suicida, ni con los estilos de afrontamiento.

Al no encontrar diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento de las personas seropositivas y las seronegativas, podemos decir que ambos grupos emplean estilos similares y que el vivir con VIH no necesariamente altera la forma de enfrentar las situaciones, nos aventuramos a pensar que lo que pudiera cambiar en este grupo, es la actitud con la que viven, así como el empleo de nuevos tratamientos médicos, puesto que el promedio de años con VIH, en los participantes fue de 6 años con 9 meses, cifra que hace algunos años difícilmente alcanzarían las personas seropositivas.

Por otro lado, a pesar de que el 55.9% de las personas no presentaron depresión, consideramos importante este dato, puesto que casi la mitad si ha presentado depresión aún cuando sea en un nivel leve y que esta cifra podría ir en aumento si no recibe la debida atención y tratamiento. De igual forma, resulta alarmante, haber encontrado en 11 personas la presencia de ideación suicida, contemplando que es el primer momento para llegar al suicidio (acto consumado).

Se sugiere realizar nuevas investigaciones en las que la amplitud de la muestra sea mayor, así como el empleo de escalas que evalúen estilos de afrontamiento que no contempla la empleada en la presente investigación.

Finalmente, consideramos importante continuar con investigaciones respecto a problemas de salud como lo son la depresión y enfermedades de transmisión sexual con la finalidad de crear estrategias y planes de prevención, como el entrenamiento de estilos de afrontamiento más adaptativos para enfrentar dichas enfermedades. Así como capacitar al personal del área de salud que trabaja con población enferma o en riesgo de estarlo y de esta manera, trabajar en un nivel de prevención selectiva e indicada.

3.2.2. Reporte de la investigación realizada bajo la metodología cualitativa.

Afrontar la vida con VIH: Un estudio de caso.

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el tema del VIH/SIDA ha adquirido mayor importancia por su alta incidencia a nivel mundial. En México, es la séptima causa de mortalidad en edades productivas (entre 15 y 64 años), con riesgo de un continuo incremento (INEGI, 2002).

Una vez que las personas han sido diagnosticadas con VIH, en muchas ocasiones se enfrentan ante sentimientos de culpabilidad, tratos que generalmente son discriminatorios, aislamiento, rechazo por la sociedad, entre otros. Por lo que constantemente deben afrontar diversas situaciones que bien podrían resultar altamente estresantes y por consiguiente, difíciles. No obstante, muchas de estas personas carecen de estilos de afrontamiento adecuados para responder ante estas situaciones (Hunt, Jaques, Niles y Wierzalis, 2003).

El afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1984), como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Para el caso del VIH/SIDA, se han realizado diversos estudios, dentro del campo de la investigación cuantitativa, que han ayudado a conocer, por ejemplo, la relación entre afrontamiento y adaptación a la enfermedad, encontrando un alto riesgo de suicidio en estas personas comparados con otras portadoras de distintas enfermedades (Cote y Biggar, 1992).

En general, el uso de estrategias de afrontamiento inadaptativas como la negación y evasión han sido asociadas con un aumento de depresión y ansiedad (Namur, Wolcott, Fawzy y Alumbaugh, 1990 y Reed, Kemeny, Taylor, Wang y Visscher, 1994 citados en Penedo, Antoni, Schneiderman, Ironson, Malow, Cruess, Hurwitz y LaPierere, 2001).

Ahora bien, antes de iniciar el presente estudio, se realizó una investigación que tuvo por objeto evaluar la depresión, la ideación suicida y los estilos de afrontamiento en personas que viven con y sin VIH, encontrando correlaciones positivas entre la depresión y la ideación suicida; entre la ideación suicida y la subescala de escape-evitación (que se refiere a no enfrentar o evitar las situaciones), y entre la depresión y las subescalas de responsabilidad y de escape-evitación. Sin embargo, este tipo de investigación nos permitió únicamente identificar los estilos de afrontamiento, sin ahondar en las estrategias o recursos que las personas pudieran tener, y que probablemente no son consideradas en la construcción de las escalas de afrontamiento, por la especificidad que implica afrontar una problemática, como lo es un diagnóstico de VIH.

Para la presente investigación se elige un abordaje cualitativo puesto que desde esta perspectiva el interés está puesto en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia del sujeto que actúa, se buscan los significados que le dan a la experiencia, los propios protagonistas de ésta, y porque este acercamiento nos permitirá explorar un tema social del cual se conoce poco, en este caso, afrontar vivir con el VIH.

Considerando lo anterior, creemos que con la investigación cualitativa podemos obtener una descripción más detallada de las estrategias y recursos de una persona que vive con VIH (desde hace 13 años) y que asiste a una clínica del IMSS, en quien no se detectó depresión ni ideación suicida y que, sin embargo, puntuó bajo en los estilos de afrontamiento que fueron evaluados. Nuestra pregunta de investigación fue: ¿Qué ha hecho una persona para afrontar en 13 años un diagnóstico seropositivo?

Finalmente, consideramos que un estudio de esta índole les será de gran utilidad tanto a las personas que viven con VIH/SIDA como a los profesionales de la salud que trabajan con ellos con la finalidad de que se les apoye en el desarrollo de estrategias de afrontamiento que promueva una mejor calidad de vida.

II. ANÁLISIS METODOLÓGICO

Para la realización del análisis metodológico, se consideran los lineamientos que propone Valles (2000), quien señala que las decisiones de diseño se toman a lo largo de todas las fases del proceso de investigación. Las decisiones fueron:

Elementos de diseño I: Formulación del problema.

Implica un proceso que va desde la idea inicial de investigar sobre algo, hasta la conversión de dicha idea en un problema investigable. Las preguntas de investigación ayudan a decidir qué aspectos del problema se van a enfocar y con qué métodos.

De esta manera, nuestro problema de investigación se refiere a realizar un estudio de caso para obtener una descripción más detallada de las estrategias y recursos de una persona que vive con VIH desde hace 13 años. De ahí que nos preguntemos ¿qué ha hecho esta persona para afrontar en 13 años un diagnóstico seropositivo?

Elementos de diseño II: Decisiones muestrales.

En una primera investigación de tipo cuantitativo, se realizó la aplicación de instrumentos que evaluaron la depresión, la ideación suicida y los estilos de afrontamiento, a partir de estas evaluaciones fue que se eligió el caso. El criterio para seleccionarlo fue el de tipicidad, es decir, la selección del caso tipo se realizó mediante la aplicación previa de técnicas cuantitativas. De acuerdo con Botinelli y cols. (2003), el tipo de muestreo fue por muestras intencionales, ya que se seleccionó a una persona específica para participar en el estudio y porque tenía características específicas o "criterios sustantivos", en este caso, no encontrar buenas habilidades de afrontamiento, a pesar de llevar viviendo 13 años con el VIH.

También se tomaron algunas decisiones muestrales respecto a la cronología de la investigación, es decir, respecto a los momentos o fechas del trabajo de campo. Estos

momentos fueron: aplicación de técnicas cuantitativas y análisis de las mismas, selección del caso tipo, contactar al participante para concertar una cita y la realización de la entrevista a profundidad.

Elementos de diseño III: Selección de estrategias de obtención, análisis y presentación de datos.

Tipo de estudio cualitativo.

El presente estudio tiene una orientación teórico metodológica correspondiente a la "Teoría Fundamentada", en esta orientación se enfatiza la calidad de generación de teoría más que la verificación de ésta. El investigador debe tener un rol primario al generar teoría (Mella, 1998). Sin embargo, en la presente investigación no se está comprobando una teoría, más bien se pretende describir e interpretar un caso, lo cual pudiera contribuir a la generación de nuevos conocimientos y por consiguiente, de nuevas teorías. La fuente de donde se derivaron los datos fue la entrevista a profundidad, en donde una vez obtenidos los datos se crearon categorías haciéndose el análisis de éstas a través del programa de cómputo Atlas ti.

Tipo de diseño cualitativo.

Consideramos que nuestro estudio tiende al diseño proyectado puesto que nuestra pregunta de investigación surgió de una investigación previa, la cuantitativa, es decir, ya se tenía conocimiento de literatura respecto al tema, es un diseño estructurado y el tiempo de ejecución fue menor, comparado a los diseños emergentes. Las únicas características que coinciden con los diseños emergentes son que nuestro estudio se reduce a un solo contexto y a un único caso.

Tipo de estrategias utilizadas en la recolección de datos.

Valles (2000) hace la distinción entre estrategias y técnicas para la recolección de los datos. Las estrategias implican la utilización de más de una técnica y por ello, son el puente entre las técnicas y las perspectivas y paradigmas. Las estrategias cualitativas son: historia, estudio de casos, estudios de campo y etnografía.

En nuestro caso, la estrategia utilizada fue el estudio de caso, éste busca interpretar la particularidad de la existencia humana a través de la narración; mediante ella el ser

humano construye (co-construye) su vida y en ese narrar se constituye como sujeto de significación (Serrano, 1997).

El tipo de estudio pertenece al de estudio de caso intrínseco, debido a que el interés fue comprender el caso en particular, específicamente, cómo ha enfrentado un joven vivir con VIH, el caso es en sí mismo de interés (Stake, 1999).

Algunos de los criterios éticos fundamentales para la investigación, que se tomaron en cuenta fueron:

- **Negociación:** Se visitó al grupo de autoayuda de personas que viven con VIH, de una clínica del IMSS y se explicó el objetivo de la investigación cuantitativa, también se les comentó que se realizaría otra investigación, la cualitativa. Se les aclaró que los resultados de ambas investigaciones se difundirían y se negoció que al participar nos comprometeríamos a darles un informe con los resultados, en una sesión, en la que pudieran hacer comentarios o exponer sus dudas. Ésto mismo se hizo de forma individual con el participante de la investigación cualitativa.
- **Colaboración:** Una vez que se les dijeron los objetivos de la investigación se les hizo extensiva la invitación a participar, aclarando que se les respetaría su decisión en caso de que no quisieran hacerlo. Una vez que se seleccionó al participante para el estudio de caso, se le hizo la invitación, exponiendo los motivos de su elección y los objetivos de la investigación. En este caso, la persona aceptó.
- **Confidencialidad:** Se les aclaró a los participantes que la información que nos dieran sería tratada de forma anónima y que sólo las investigadoras tendríamos acceso a la información de los instrumentos. En el caso del participante de la entrevista, se le pidió su autorización para grabar la sesión, especificando que el uso era exclusivo de las investigadoras y se cuidaría su anonimato durante el proceso de investigación y en la entrega del reporte final.
- **Imparcialidad.-** Se explicó, tanto al grupo como a la persona que participó en el presente estudio, que esta investigación tiene la finalidad de obtener información valiosa respecto a sus vivencias, por lo tanto, no pretende juzgar, ni amenazar o tratar injustamente a los participantes.

- Equidad.- Durante el estudio de caso, se respetaron los puntos de vista, valores y creencias de la persona entrevistada y no se mostró inclinación hacia algún tipo de resultado o información proporcionada.
- Compromiso con el conocimiento.- Se hizo una cita con el grupo de autoapoyo y una individual con la persona entrevistada, posteriores al desarrollo de las investigaciones, con la finalidad de comentar los resultados y hacer sugerencias en el trabajo de autoapoyo (Vázquez y Angulo, 2003)

Cabe señalar que Valles (2000) también propone como estrategia la de la triangulación. Ésta también fue parte de nuestra investigación debido a que se hizo un análisis en el que se combinaron los resultados de nuestra anterior investigación (cuantitativa) con los datos derivados del estudio de caso, específicamente de la entrevista en profundidad.

Tipo de técnicas utilizadas en la recolección de datos.

La técnica empleada fue la de Entrevista a profundidad.

Con respecto a la preparación: el guión de la entrevista se realizó a partir de la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), se tomó esta decisión puesto que algo que nos llamó la atención fue que el participante puntuó bajo en la escala de reevaluación positiva y alto en la de escape-evitación, temas importantes para ahondar y que podrían dar respuesta a nuestra pregunta inicial de investigación.

La entrevista fue realizada en un consultorio psicológico, que contaba con iluminación, ventilación adecuada y en el que no se escuchaban los ruidos externos para brindar mayor confianza y comodidad al participante.

La duración de la entrevista fue de dos horas aproximadamente y al final de ésta se agradeció la participación a la persona entrevistada.

III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con respecto al análisis, después de grabar la entrevista, se realizó la transcripción de esta y posteriormente, se procedió a analizarla con el programa de cómputo ATLAS.ti 4.1; a través de este se llevó a cabo la codificación y categorización. Las categorías que se derivaron para el análisis de los datos fueron las siguientes:

Categorías	Definición	Subcategorías
Actitud ante la vida	Pensamientos, sentimientos y acciones que toma la persona en su vida cotidiana.	11
Apoyo social (familiares y amigos)	Acto de compartir, comunicar e intercambiar las acciones, sentimientos y pensamientos con familiares y/o amistades	14
Cuidados en la salud	Atención y responsabilidad de seguir las instrucciones para el cuidado de la salud.	12
Expectativa hacia el futuro	Pensamientos y sentimientos en relación a la salud, calidad y tiempo de vida.	7
Grupo de autoapoyo	Características del grupo, así como las funciones que desempeña como coordinador.	8
Percepción de cambios en él mismo	Modificación en su comportamiento, pensamientos y actitudes con respecto a él mismo.	2
Relaciones de pareja	Intercambio de sentimientos y vivencias con sus parejas.	10
Vivencias en relación al diagnóstico de VIH	Sentimientos, acciones y pensamientos al realizarse y/o recibir el diagnóstico.	9

TRIANGULACIÓN DE RESULTADOS

Los datos de la investigación cuantitativa nos muestra que la persona que participó en nuestro estudio, pertenece al 55.9% de los que no presentaron síntomas de depresión y del 67.6% que no presentaron ideación suicida. Lo anterior coincide con lo encontrado en la investigación cualitativa, debido a que no se identificaron en sus descripciones, durante la entrevista, pensamientos, sentimientos y comportamientos que pudieran indicar síntomas de depresión e ideación suicida.

Otro dato encontrado en la investigación cuantitativa fue el de la correlación negativa entre la fecha de diagnóstico y la subescala responsabilidad. Lo que indica que a mayor tiempo en que se diagnosticó la presencia de VIH menor responsabilidad en el cuidado y atención a lo que hace. Sin embargo, en esta investigación se detectaron diversas actitudes y acciones que indican responsabilidad puesto que pone atención a su salud, acata las sugerencias propuestas por los médicos, valora y cumple su trabajo, y dirige y coordina el grupo de autoapoyo al que asiste.

Por otro lado, al revisar los estilos de afrontamiento particulares del participante derivados del estudio cuantitativo, se observó que no se distancia física o emocionalmente a los problemas, no evita enfrentar las situaciones y prepara y sigue planes de acción. Datos que se corroboran con la presente investigación debido a que al enterarse del diagnóstico buscó de inmediato ayuda profesional (llamó a COESIDA), buscó información respecto a la enfermedad, se realizó análisis médicos para seguir su tratamiento y buscó continuar con los planes que ya tenía en cuanto al trabajo.

En cuanto al estilo de afrontamiento confrontativo no se encontró que contara con esta habilidad, hecho que difiere con lo descrito en lo cualitativo, por ejemplo busca por internet información actual de la enfermedad y percibe el antes y el ahora, distinguiendo los cambios que ha tenido en su persona. En relación a la subescala de apoyo social, en la que puntuó con un nivel bajo, discrepa con lo cualitativo ya que se identifican varias acciones que reflejan características de apoyo social, tales como comunicar sus sentimientos y estado de salud a sus amistades y familiares, la buena relación que mantiene con ellos y el apoyo que le brindó su familia en un momento en que tuvo que estar hospitalizado. Finalmente, con respecto a la re-evaluación positiva se identificó poca aceptación a los aspectos positivos de las situaciones que enfrenta, lo cual contrasta con sus descripciones, en las que hace referencia a hechos como el disfrutar los acontecimientos de cada día a pesar de las implicaciones que tiene su diagnóstico.

INTERPRETACIÓN

Nuestra pregunta de investigación fue ¿Qué ha hecho una persona para afrontar en 13 años un diagnóstico seropositivo?, interrogante que a lo largo de la entrevista a profundidad que realizamos, nos permitió derivar información valiosa, que a continuación interpretamos:

Con respecto al área de afrontamiento, el participante reportó:

"sí yo creo que a lo mejor el cambio fundamental, es que tengo mayor seguridad para hablar con mucha gente, con cualquier gente, "a lo mejor tomo algunas cosas con más calma, disfruto, cosas que puedan, ahorita, parecer muy triviales, pero para mí son interesantes o son buenas", "el interés por documentarte también, yo creo que ha sido importante, conocer cómo funciona esta enfermedad no está todo dicho, así que tienes

que estar siempre buscando información, ha sido importante lo que hay en revistas, no tanto en libros, pero ha sido fundamental lo que hay en internet”.

En estos relatos se puede observar que él ha percibido cambios positivos en su persona, los cuales nos hacen pensar que se comienzan a generar a partir de que se le diagnostica con VIH. Además, de ser una persona que se interesa por buscar información de la enfermedad, lo que le ha permitido conocer los avances respecto a los tratamientos médicos que en la actualidad existen y que pudieran crearle mejores expectativas de calidad y tiempo de vida.

En relación a los estilos de afrontamiento de distanciamiento, evitación-escape y autocontrol, la persona dijo:

“hablamos a COESIDA”, “en ese instante tomamos un taxi y llegamos, platicamos con las psicólogas”, “y cuando recibí el resultado o el diagnóstico creo que pensé que de todos modos tenía que hacer algo”,

“tenía que buscar aquellas cosas que me había yo planteado como objetivo”, “bueno si a mí me dicen tomate esto, me lo tomo, si me van a sacar sangre pues estiro el brazo y ya no hay problema” “vimos a un médico y justamente nos hicieron un conteo de CD4”,

“me metí a tomar un curso de museología... tengo un anteproyecto para un museo”, “ya tengo pensado quien podría ayudarme para llevar a cabo el proyecto...”

En estos casos se puede inferir que la persona confronta de manera inmediata las situaciones que se le presentan en su vida, aun siendo difíciles, como cuando recibió el diagnóstico de su pareja y posteriormente el suyo. Asimismo, mantiene presentes sus metas y busca recursos para llevarlas a cabo.

Otro punto importante fue el de apoyo social, ya que se identificó que el participante busca apoyo emocional en personas significativas como lo son sus amistades y en especial, su pareja, en quien encuentra un sustento y motivación para seguir adelante, como se observa a continuación:

“la ayuda de X, ha sido fundamental, X mi pareja desde hace 10 años”, “X es bien importante, es mi amigo primero, es con quien disfruto mucho estar, por ejemplo escuchar la radio en la noche cuando estamos platicando, es alguien con quien, me siento a gusto,

con quien me puedo pelear sin que sea grave el asunto, somos a veces cómplices en algunas cosas. X es un superapoyo”, “esta siempre ahí conmigo, siempre, yo creo que de todo, de lo que yo haya hecho en los últimos años buena parte se debe a él, al apoyo de él, ha estado siempre conmigo. En todos los sentidos”,

Ahora bien, uno de los estilos de afrontamiento que resalta, es el de la responsabilidad, el cual puede verse en las siguientes narraciones:

“ser un poco metódico en algunas cuestiones, como tomar los medicamentos todos los días y a las hora a las que tocan”; “ entonces he tenido que disminuir todo, colesterol, grasas, azúcares”; “me dijo la Dra. debes tomar medicamentos y empecé a tomar los medicamentos”; “la Dra. fue la que me hablo del grupo, me dijo que había un grupo, que se reunía los martes”, “quizá, y creo que la responsabilidad de mantener un espacio en donde la gente pueda expresarse pueda convivir, pueda platicar de cosas que a lo mejor no puede platicar en otros lados, eso me obliga a estar pendiente del grupo, pendiente de la gente que va, de los espacios que a veces tenemos que a veces no tenemos”,

En las primeras afirmaciones se identifican características de responsabilidad hacia él mismo, como los cuidados que tiene al tomar sus medicamentos, cuidar su alimentación y seguir las instrucciones de los médicos. Mientras que en las siguientes, se observa la responsabilidad que ha adquirido en el grupo del autoapoyo del IMSS, así como la importancia que le da a su trabajo.

Finalmente, encontramos que un factor importante, y que en gran medida pudiera contestar nuestro planteamiento inicial, es la actitud que tiene ante la vida, como lo podemos ver a continuación:

“Sigo considerando como importantes, cosas sencillas, no grandes proyectos”, “el espacio que yo me puedo dar todos los días, el poder a lo mejor escuchar música que me gusta, o darme el tiempo de escapar y ver una función de danza, o tomar un café en las tardes o compartirlo”, “Son prácticamente detalles los que me parecen que son importantes, es cómo disfrutas o puedes tener esa capacidad para disfrutar lo que haces cada vez que lo haces”, “disfrutar de los perros, batallar con ellos cuando los estoy bañando o cuando me siento a tomar un café o cuando me fumo un cigarro, me gusta de repente fumar un cigarro y lo disfruto”.

Con lo anterior, podemos inferir que esta actitud que tiene ante la vida abarca desde la reevaluación positiva que implica la aceptación de los aspectos positivos, hasta las acciones que promueven una mejor calidad de vida, como es el disfrutar sucesos que para el punto de vista de otras personas pudieran ser cotidianos.

CONCLUSIÓN

Consideramos que esta investigación cualitativa nos permitió hacer una descripción de las estrategias de afrontamiento que esta persona tiene puesto que cuando se le evaluó con la escala de afrontamiento en el estudio cuantitativo se identificaron pocas habilidades, dato que contrasta con la información derivada de la entrevista, por ejemplo la vivencia de su pareja anterior posiblemente marcó gran parte de la actitud positiva de vivir, debido a que la experiencia que tuvo, desde darle el diagnóstico hasta su deceso, parece haber influido directamente para que él eligiera otra forma de vida, y a pesar de no saber el tiempo que le quedaría no dejó de contemplar sus proyectos. Sin embargo, no debemos olvidar otros factores que han contribuido a lo largo de su vida, como él lo menciona, *"...no hay una sola causa, son muchas..."*. Dentro de estos factores están el cuidado de su salud, como el estar pendiente de sus análisis médicos, el seguimiento de las indicaciones en su tratamiento así como el cambio en sus hábitos alimenticios. De igual forma, el apoyo que le ha brindado su familia, sus amistades pero principalmente el de su pareja actual han sido primordiales a lo largo de estos 13 años.

En relación a la responsabilidad que ha manifestado a lo largo de este tiempo, parece ser que ésta no ha disminuido, como lo sugieren los resultados del estudio anterior (cuantitativo) en el que se encontró que a mayor tiempo de diagnóstico menor responsabilidad. Posiblemente, lo anterior se deba a la experiencia con su expareja, quien se mostró poco responsable con respecto a su salud, como el no tomar medicamentos o asistir a sus consultas.

Otro aspecto esencial, corresponde a la temática de la expectativa del futuro que tuvo este participante ya que aparentemente en la actualidad esto lo impulsa día tras días, puesto que, después de reflexionar que había transcurrido el tiempo y dejado a un lado algunos de sus proyectos (por la incertidumbre de lo que le quedara de vida), finalmente, decidió retomar algunas de estas metas.

Por lo que pensamos que esta información podría ser de utilidad a psicólogos, médicos y todos aquellos que se encuentren en instituciones que ofrezcan apoyo a personas con VIH, ya que por ejemplo, por lo analizado aquí advertimos que es necesario brindar buena contención, orientación e información tanto a las personas que se les otorgue el diagnóstico positivo como aquellos con prácticas de alto riesgo. Así mismo, parte de esta orientación podría estar enfocada en la temática de la expectativa del tiempo de vida, ya que como vimos en este caso, ha transcurrido un periodo de 13 años en los cuales la incertidumbre interrumpió alguna de sus metas, las cuales en la actualidad podrían haber sido cubiertas, por lo que cabría considerar esta temática.

Finalmente, juzgamos que es importante para próximas investigaciones explorar ¿qué es lo que sucede con personas con un diagnóstico reciente?, ya que lo que se observó es que después del resultado atraviesan por un periodo de aceptación, por lo que sería conveniente averiguar cómo y qué hace que se vayan consolidando las diferentes estrategias de afrontamiento.

3.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

El Programa de la Residencia en Terapia Familiar establece el desarrollo de las siguientes habilidades de investigación y enseñanza en el alumno.

- Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios.
- Difundir conocimientos.
- Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados.

3.3.1. Elaboración de productos tecnológicos

Dentro de esta Maestría se tiene considerada la elaboración de productos tecnológicos que generen el desarrollo de habilidades terapéuticas. Entre ellos estuvieron la elaboración de forma individual de *tres manuales*:

- Manual de Terapia Estructural
- Manual de Terapia Breve Centrada en Problemas
- Manual de Terapia Breve Centrada en Soluciones

Éstos integran de forma breve y concisa los fundamentos teórico-metodológicos, por lo que sirven de apoyo para afianzar el aprendizaje de estos modelos, además permiten su consulta de forma rápida en caso de ser necesario.

Como complemento a algunos de estos manuales y/o modelos, también se realizaron de manera grupal, *un par de videos*, en donde los alumnos (la cuarta generación) participamos en la escenificación de casos ficticios; en éstos se muestran las técnicas planteadas por los modelos:

- Estratégico
- Estructural

La utilidad de estas grabaciones es que pueden ser utilizados por los profesores como material didáctico para otros alumnos en formación. Estos tienen una duración aproximada de 50 minutos y se divide en dos bloques, uno donde se muestra la vida y obra de los autores (Salvador Minuchin, Jay Haley) y el otro donde se proyectan los casos simulados.

Por otro lado, también se produjo otro material pedagógico (*Juego de Maratón de Terapia Familiar*) de forma grupal. Éste consta de tarjetas de preguntas y respuestas y el tablero del juego. La información utilizada para poder hacer este juego, fue recabada y poco a poco enriquecida, tras el paso de las tres anteriores generaciones. Esto es, se encargaron de investigar y documentar datos biográficos de diferentes autores, sus publicaciones, hechos históricos que sucedieron a la par del desarrollo de la terapia familiar, etc. Su provecho, se podrá ver reflejado igualmente en el entrenamiento de siguientes generaciones, ya que es un procedimiento diferente para aprender información básica de forma que puede ser divertida.

Así mismo, con base en el producto que se obtuvo de la tercera generación de información de las diferentes etapas de ciclo vital, realicé un par de *entrevistas* a familias que estuvieran experimentando la etapa de matrimonio sin hijos, mientras que mis

compañeros, investigaron otros periodos que iban desde el noviazgo hasta la vejez. Los resultados de estas consultas contenían los postulados teóricos, metodología empleada, familiograma, análisis de las entrevistas y las conclusiones, las cuales fueron transmitidas en su momento a las familias participantes y sirvieron para una mejor asimilación de estos datos.

También elaboré una entrevista en el Centro Ericksoniano de México con la Dra. Teresa Robles, con el objetivo de complementar el directorio de instituciones que se tiene en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI que de igual forma ofrecen servicio terapéutico, y que en un momento dado si lo requiriéramos, podríamos auxiliarnos de ellas o hacer alguna derivación. Este documento incluye datos históricos, misión, visión, organigrama, servicios que ofrecen y ubicación.

Además, para la asignatura de Medición y Evaluación II, llevé a cabo una evaluación a un niño de seis años, para lo cual utilicé algunas de las pruebas psicológicas revisadas en el transcurso del semestre. Los resultados le fueron entregados en una entrevista a la madre del menor, los cuales le sirvieron dado que la escuela donde inscribiría a su hijo le solicitaban una evaluación, además de que tenían el interés por saber cómo estaba afectando a su hijo su divorcio.

Finalmente, para el aprendizaje didáctico del tema que expuse "Contexto Sociocultural" de la asignatura con la Dra. Xochitl Galicia, produje un breve juego interactivo para ser utilizado en la computadora, con el fin de identificar la comprensión de la información transmitida durante la exposición.

A continuación presento de manera gráfica lo anteriormente descrito:

Semestre	Asignatura	Material producido
Primero	Teorías y Modelos de Intervención I Terapia Estructural	1) Juego interactivo para computadora. 2) Observación de caso relacionando información vista en clase. 1) Manual teórico-

		metodológico y video del Modelo Estructural
Segundo	<p>Teorías y Modelos de Intervención II</p> <p>Terapia Estratégica</p> <p>Terapia Breve Centrada en Problemas (MRI)</p> <p>Medición y Evaluación II</p>	<p>1) Juego de Maratón de Terapia Familiar</p> <p>2) Entrevista a dos familias en etapa de ciclo vital: "Matrimonio sin hijos"</p> <p>3) Recopilación de datos del Centro Ericksoniano de México para incorporar al directorio de instituciones.</p> <p>1) Video del Modelo Estratégico</p> <p>1) Manual teórico-metodológico de la Terapia Breve Centrada en Problemas.</p> <p>1) Evaluación psicológica a niño de seis años.</p>
Tercero	Terapia Breve Centrada en Soluciones	1) Manual teórico-metodológico de la Terapia Breve Centrada en Soluciones

3.3.2. Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria

- Se realizó el taller de "Comunicación no violenta" con el objetivo de que los participantes comprendieran y adquirieran nuevas habilidades de comunicación, expresión de necesidades y sentimientos a través de la aplicación de dicho modelo.

Los participantes fueron 11 personas de la Unidad Cuauhtémoc del IMSS en Naucalpan Edo. de México, de las cuales cuatro de ellas laboraban dentro de este centro y el resto de los participantes acudían ahí para tomar diversos servicios.

Este fue impartido en una sesión con duración de cinco horas. El contenido temático fue el siguiente:

1. Presentación de los participantes
2. Breve descripción biográfica de Marshall Rosenberg
3. Definición y objetivos de la Comunicación no violenta.
4. Desventajas de la Comunicación Violenta
5. Diferencias entre el lenguaje "chacal y jirafa"
6. Componentes de la Comunicación no Violenta:
 - a) Observación sin valoración.
 - b) Expresión de los sentimientos.
 - c) Reconocimiento de las necesidades.
 - d) Petición versus exigencias.
 - e) Escucha empática.
7. Ejercicio dinámico para poner en práctica los componentes de la comunicación no violenta.

Los resultados de este taller indicaron que a los participantes les pareció importante y útil esta temática. Fue importante para que se lograra una buena comprensión el hecho de que se generara un ambiente interactivo, respetuoso y de confianza, esto se reflejó en que los sujetos pudieron expresar situaciones personales que les causaban conflicto.

- Por otro lado, como parte de la atención brindada dentro de la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE a los derechohabientes, ofrecí sesiones de Hipnosis Ericksoniana al grupo de adultos mayores como a empleados de la institución.

El objetivo de éstas con los adultos mayores, fue ayudarlos a disminuir sus niveles de estrés por medio de ésta técnica para mejorar su salud, mientras que para los empleados del ISSSTE, fue para tener un mejor desempeño laboral igualmente aprendiendo a disminuir sus niveles de tensión.

- Asimismo, junto con una compañera de la maestría, se diseñó un curso para profesores de la Escuela Normal de Educación Especial del Estado de México sobre la violencia familiar y sus implicaciones en los niños. Aquí los participantes conocieron aspectos etiológicos, diagnóstico y prevención de los diferentes tipos de maltrato infantil con la finalidad de que pudieran transmitir dichos conocimientos a sus alumnos en formación. Dicho curso tuvo una duración de 25 horas realizándose en cuatro sesiones.

3.3.3. Presentación de trabajos en foros académicos

El difundir a la comunidad las actividades realizadas y la asistencia a ponencias de congresos o talleres también es uno de los objetivos para la formación de los terapeutas en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

En este sentido, se presentaron los resultados de la investigación realizada en Metodología de Investigación I, en el Primer Coloquio Regional en Investigación de Terapia Familiar, que se realizó en la Universidad Latina de México de la ciudad de Celaya, Guanajuato el 18 de noviembre del 2005.

Dicha investigación también fue publicada en una página de Internet <http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=21&IdArticulo=120> en donde es posible su consulta de forma gratuita por cualquier usuario de la red.

Así mismo, en el *primer semestre* acudí al:

- Simposio de Psicología dentro del XXIII Coloquio de Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Septiembre 2004.
- 2º Congreso Internacional en Terapia Breve: Hipnosis Ericksoniana, Programación Neurolingüística y Terapia Sistémica. Organizado por el Centro de Terapia Familiar y Pareja C.E.F.A.P en Cholula, Puebla en noviembre 2004.

Algunas de las ponencias a las que asistí fueron:

"Violencia en la pareja" (Dra. Christauria Welland Akong): Se abordó la violencia doméstica desde diferentes teorías, sociocultural, aprendizaje social, cognitivo conductual, ecosistémica, se consideraron algunos factores de riesgo como: vivir una historia de violencia en la niñez, bajos ingresos, bajo logro académica, uso y abuso de alcohol, se habló de la importancia de proporcionar tratamientos a hombres y mujeres agresores.

"El arte de la sugestión y la mente inconsciente" (Dr. Jorge Abia): Explicó las diferencias entre sugerencia y una sugestión; la primera es directa y se orienta a una meta, la segunda, puede ser directa o indirecta, se orienta a que una meta pueda ser advertida o no. Se explicó que esta hipnosis es un estado alternativo de conciencia. Puede llegar a la mente inconsciente a través de diversas formas, ya que se rige por diferentes lógicas.

Metáforas, dichos y cuentos (Mtro. Felipe Gutiérrez Gutiérrez y Mtra. Rosario Oaxaca). Se expuso la forma de trabajar el proceso terapéutico haciendo uso de metáforas, dichos y cuentos, así como el empleo del humor. Los ponentes mostraron diferentes manuales y narraciones de experiencias que habían tenido en su trabajo con pacientes utilizando metáforas relacionales, analogías, coreografía de la pareja, etc.

- Seminario de Investigación sobre Ideación Suicida de las Carreras de Salud. Impartido por la Jefatura de Carrera de Psicología y el proyecto de investigación salud y familia. En estas reuniones realizadas de forma mensual con una duración de aproximadamente una hora y media, se hacen revisiones de artículos de investigación en relación a esta temática, se analizan los avances de las investigaciones en curso y se crean nuevas propuestas para indagar. La reunión es presidida por la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo y a esta acudimos estudiantes de diferentes niveles académicos, desde nivel Licenciatura hasta Doctorado.

En el *segundo semestre* asistí a:

- Taller coordinado por el Grupo de Campos Elíseos "Expresiones y Reflexiones. Las conversaciones y procesos reflexivos en la terapia" impartido por Tom Andersen en enero del 2005. Aquí se abordó la importancia para este terapeuta, de conocer los significados que tienen las personas que llegan a consulta, acerca de las cosas que son importantes para ellos, además de explorar las conversaciones que éstas hayan tenido con otras sobre este tema. Y a partir de esto trata de tomar las palabras que emplean, especialmente aquellas que parecen inquietar a las personas.
- En el taller de "Lineamientos para el abordaje de la violencia familiar" organizado por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C. (ILEF) en julio del 2005. Se abarcaron diferentes temáticas, iniciando por el análisis de algunas definiciones que han promovido creencias o significados etiquetado principalmente a la mujer. Así mismo, se hizo un análisis del ciclo de violencia y los tipos de violencia. También se vio el abordaje y apoyo legal que puede otorgarse a las personas que sufren estas situaciones. De igual forma, se retomaron planteamientos que se encuentran ligados a la violencia, como son las construcciones sociales con respecto al género, las lealtades familiares, confianza, responsabilidad, compromiso, y que se van transmitiendo de generación a generación, al igual que los mitos familiares, sociales e individuales. Se expuso también el Modelo de Virginia Goldner del Instituto Ackerman, así como el trabajo de CAVIDA del ILEF con mujeres y hombres. Finalmente, se realizaron diversos ejercicios de sensibilización a la violencia así como para el trabajo con la persona del terapeuta.
- Durante el taller de "Una vida bien vivida: la Psicología positiva" preparado por el Grupo Campos Eliseos en septiembre 2005 primeramente se explicó de manera global la teoría propuesta de Mihaly Csikszentmihalyi. Dicho autor de origen Húngaro con establecimiento en Estados Unidos ha dedicado su carrera profesional a la investigación del significado de la felicidad, aplicando varias entrevistas a gente de diversas actividades con el fin de entender sus experiencias de vida, especialmente las óptimas. Así mismo, para él, es

igualmente importante comprender aquellos aspectos de la experiencia humana que hacen que la vida haya valido la pena vivirla.

Posteriormente se hizo un análisis de nuestros recursos, de las posibilidades y de la creatividad que poseemos, comprendiendo también de dónde hemos "heredado" algunos de estos recursos a través de la exploración de nuestro familiograma.

- Finalmente, en el taller de "Creatividad, Juego y Equipos de Reflexión: Terapia en contexto comunitario" igualmente expuesto por el Grupo Campos Eliseos en Octubre 2005 se explicaron someramente los fundamentos como son los de Tom Andersen y Harlene Anderson de los cuales parten para su trabajo con equipos de reflexión. De tal forma, que a partir de esta revisión se hizo una entrevista en vivo, para después proceder a realizar equipos de reflexión con las voces de cada uno de las personas mencionadas en dicha consulta. Logrando así aplicar y comprender la dinámica de este trabajo.

En *cuarto semestre* fui a los talleres:

- "Diálogo Estratégico" presentado por Giorgio Nardone en enero del 2006. Aquí se tocaron diversas temáticas por ejemplo en relación a la terapia estratégica, su método de entrevista y trabajo terapéutico, sus conversaciones con Cecchin y cómo estas han influenciado en su labor como terapeuta.
- Taller "La palabra escrita en la terapia" impartido en marzo 2006 por la Dra. Margarita Tarragona y Mtra. Elena Fernández del Grupo de Campos Eliseos. En este se abordaron las diferentes formas de utilizar documentos terapéuticos en Terapia Narrativa y otros enfoques. Se analizó como la palabra escrita tiene una fuerza especial, que ofrece la posibilidad de activar ideas, sentimientos e historias que pueden ser muy útiles para el trabajo terapéutico.
- Asistencia a la conferencia en la FES Iztacala de "Actualidades en el modelo de Milán" en marzo 2006. Aquí se nos explicó desde los inicios de este modelo y las transiciones por la que ha pasado, exponiéndonos cómo es el trabajo actual del Centro dirigido por Boscolo y los servicios que ofrece.

- Taller propuesto por el Instituto Latinoamericano de la Familia con Salvador Minuchin en mayo del 2006. Se hicieron revisiones de manera muy general de su metodología, de su trabajo por diferentes clínicas. Así mismo, se observó la intervención en vivo con familias que asistían a terapia al ILEF. Posteriormente a esto, se realizó el análisis teórico-metodológico explicado por este autor.

Posteriormente a la Maestría, como parte de mi continua formación he asistido a:

- Primer Congreso Internacional de Adicciones por Centros de Integración Juvenil en diciembre 2006. Aquí participé en diversas conferencias en los ámbitos de prevención, tratamiento, así como de exposiciones del trabajo que se lleva a cabo en otros países como de sus campañas de prevención.
- Tercer Congreso Internacional de Adicciones por Centros de Integración Juvenil en diciembre 2008. En este se abordaron nuevamente temas de prevención, tratamiento que se llevan a cabo en México y en otros países de Sudamérica y Estados Unidos.
- Taller propuesto por el Instituto Latinoamericano de la Familia con Stefano Cirillo en abril del 2009. Se hicieron revisiones de manera muy general de su metodología y de su trabajo en la clínica. Así mismo, se observó la intervención en vivo con una familia que asistían a terapia al ILEF y de algunos videos.

3.4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

3.4.1 Consideraciones éticas

Para realizar el análisis de las consideraciones éticas se hará referencia al Código Ético del Psicólogo elaborado por la Sociedad Mexicana de Psicología (2005). En esta se encuentran los principios que fundamentan las normas de conducta que rigen la actividad del psicólogo.

Inicia con la *Competencia y honestidad del psicólogo* que menciona el Art. 4 "El psicólogo se mantendrá razonablemente actualizado acerca de la información científica y

profesional en su campo de actividad, y realizará esfuerzos continuos para mantener su competencia y pericia en las habilidades que emplea", pienso que lo fui abarcando en el transcurso del estudio de la Maestría. Al inicio hubo elementos de los cuáles tenía poco conocimiento y/o entrenamiento, pero los incluí conforme se me instruyó en la escuela o bien asistiendo a talleres y congresos que complementaron mi aprendizaje. Por ejemplo, al inicio en la temática de la violencia mi equipo terapéutico y yo estábamos poco sensibilizados a ésta, no obstante, después de acudir a un taller fuimos capaces de ampliar nuestra visión e introducirlo en nuestro tratamiento. Así también, durante mi intervención como terapeuta juzgo que mis acciones fueron acordes a los Principios Generales del Código Ético que se refieren al respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, del cuidado responsable, integridad en las relaciones y responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

Respectivamente el Art. 49 "El psicólogo que conduce una investigación lo hace de manera competente y con el respeto debido a la dignidad y bienestar de los participantes, sean éstos humanos o animales". En los módulos de Métodos de Investigación Aplicada I y II primeramente se hizo una revisión de literatura para mejorar nuestras habilidades de investigación y posteriormente llevar a cabo la aplicación y análisis del estudio, sin perder de vista el compromiso ético que se debe tener al realizar cualquier tipo de investigación, (confidencialidad, autonomía, trato justo, igualdad, derecho a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo) el cual en nuestro caso, requería particular atención debido a las temáticas que manejamos (depresión, ideación suicida y VIH).

De acuerdo a la *Calidad de la valoración y/o evaluación psicológica*, considero que cumplí con los artículos que comprenden esta sección (Art.15 al Art.28), así como en el Principio General que rige el comportamiento de los psicólogos en la Integridad de las relaciones tanto de la evaluación que realice para el módulo de Medición y Evaluación II, como para la investigación, en donde "el psicólogo debe mostrar en su desempeño: precisión y honestidad, apertura y sinceridad, máxima objetividad y mínimo sesgo o prejuicio". De tal forma que por ejemplo, no habría podido llevar a cabo mi investigación si yo hubiera tenido algún prejuicio hacia las personas portadoras de VIH. También utilicé pruebas válidas y confiables, y las sugerencias o recomendaciones de la evaluación que hice estuvieron basadas en la información de diversas pruebas que apliqué.

En cuanto a la *Confidencialidad*, durante todos los semestres siempre se respetó. Incluso, en el tercer semestre hubo un caso en el cual debimos prestar mayor atención al Art.132, que se refiere a "El psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecerse por ley, por reglas institucionales o profesionales, o por relaciones científicas, y toma las precauciones razonables para tal efecto", ya que las implicaciones éticas del caso eran sobre el abuso sexual hacia una menor de edad, lo cual significaba según el Art. 134 "la posibilidad de mostrar información confidencial sin consentimiento del individuo para proteger al paciente, cliente u otros de algún daño". No obstante, después de hacer el análisis sistémico de los riesgos que podrían acontecer si se llevaba a cabo la denuncia del agresor (que en su caso era el padre de la menor), se decidió seguir estrictamente el Art.132. Se respetó la decisión de la madre expresada en terapia de no denunciar a su esposo. Cabe mencionar, que para llegar al acuerdo de seguir este artículo, el Sr. Pérez tuvo que cumplir con su asistencia a las sesiones terapéuticas. Además, otra situación importante fue que la supervisora en todo momento se mostró atenta guiando y apoyando a la terapeuta.

Con respecto a la *Calidad de enseñanza, supervisión de todas las sedes e investigación* observé un cumplimiento por parte de las profesoras de acuerdo a lo planteado en los artículos correspondientes a este apartado (del Art. 37 al 49 del Capítulo 2) en especial de los artículos 40 y 41 que mencionan respectivamente: "Cuando enseña, forma o entrena, el psicólogo ayuda a sus discípulos a adquirir conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que garanticen su buen desempeño profesional futuro" y " Cuando enseña, forma o entrena, el psicólogo presenta la información de manera precisa y con un grado razonable de objetividad. Reconoce el poder que ejerce sobre estudiantes o alumnos en supervisión y, por tanto, se esfuerza por evitar conductas que los humillen o minusvalúen." Esto lo advertí en las pre-sesiones donde se iban revisando las actas e hipótesis de trabajo brindando una visión más amplia para la intervención, así como también en las post-sesiones ya que se daba una retroalimentación del desempeño del terapeuta con el objetivo de que fueran mejorando nuestras habilidades y técnicas terapéuticas. Además, la actitud de las supervisoras siempre fue cordial, respetuosa, y los comentarios expuestos de manera asertiva, lo que favoreció un ambiente de confianza en pro del aprendizaje. Así mismo, considerando el Art. 44, durante toda la formación de la Maestría se nos hizo constante hincapié del compromiso de desempeñarnos éticamente

conforme a lo que plantea el código. Ejemplo de esto es el acatamiento del Art. 121 que dice "El psicólogo obtiene permiso de los pacientes, clientes, sujetos de investigación, estudiantes y supervisados para el registro o grabación electrónica de sesiones o entrevistas" lo cual puede ser corroborado con las actas firmadas por los pacientes que se les entregan antes de comenzar la terapia donde se les solicita su aceptación de la grabación, e incluso, si algún miembro se incorpora ya avanzado el proceso también se pide su aprobación.

En referencia a los artículos 103 y 104 de las *Relaciones con colegas y otros profesionales* se explica que "el psicólogo coopera con otros profesionales para servir a sus pacientes o clientes efectiva y apropiadamente; y se arreglarán las consultas y canalizaciones basándose en los mejores intereses de sus pacientes o clientes, con el consentimiento apropiado..." Acerca de esto, señalo que dentro del equipo, a pesar de que en algunas ocasiones hubo desacuerdos, en general existió una relación de ayuda, compromiso, responsabilidad y solidaridad profesional. De hecho, durante el tercer semestre hubo una situación en donde por razones personales, uno de mis compañeros no pudo asistir a la atención de su familia, por lo cual, una compañera y yo dimos aviso a la familia y se les ofreció, con autorización por parte del terapeuta y de los clientes, el servicio otorgado por nosotras.

Finalmente, considero que es necesario tener presente este código ya que habrán casos que nos harán enfrentar a dilemas éticos por lo cual, tener el conocimiento de esto podrá ser de gran ayuda en un momento determinado.

4. ANÁLISIS TEMÁTICO PARA LA PRESENTACIÓN DEL EXAMEN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

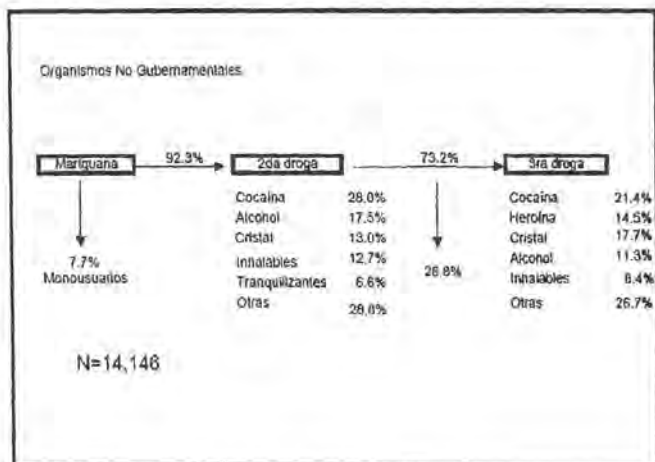
4.1 TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA PARA PROBLEMAS DE ADICCIONES

4.1.1 Datos estadísticos de adicciones en México

A lo largo de la historia, desde las más antiguas civilizaciones, se han utilizado diferentes tipos de sustancias entre ellas las alucinógenas, estimulantes, depresoras, opiáceos, etc. Esto ha sido con los más diversos fines, desde religiosos hasta médicos, pasando también por simple evasión y para subsanar el dolor físico y mental. No obstante, a finales del siglo XIX sus fines antropológicos e históricos cambiaron, trayendo como consecuencia la utilización y comercialización de tipo ilegal en algunas de las sustancias. En la actualidad, la prevalencia del uso de drogas a nivel mundial es alta y se concentra especialmente en la población más joven. En países más desarrollados las tasas de consumo suelen ser más elevadas, sin embargo, este problema ha aumentado en todos los rincones del planeta. En México, por ejemplo, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) en el 2006 reportó un total de 60,631 tratamientos otorgados en 31 entidades federativas del país (excepto el Distrito Federal). Respecto a los pacientes que buscaron ayuda especializada en Centros de Tratamiento, la droga de mayor impacto (entendiéndose como aquella que el paciente identifica con más capacidad para traer consecuencias negativas, ya sea en el área de salud, familiar, legal o laboral y que motiva principalmente la demanda de tratamiento) fue el alcohol con un 27.2% (16,475 pacientes). La segunda droga de impacto fue la cocaína alcanzando el 11.9% de los registros y el cristal se ubicó como la tercer droga con el 19.8%, seguida por la heroína con el 11.7%. De estos 16,475 pacientes con problemas de alcohol el 91.9% fueron hombres, el grupo de edad de la mayoría de los consumidores fue de mayor de 35 años con un 59.3%, mientras que para los usuarios de cocaína y cristal la edad fue entre los 20 y 29 años.

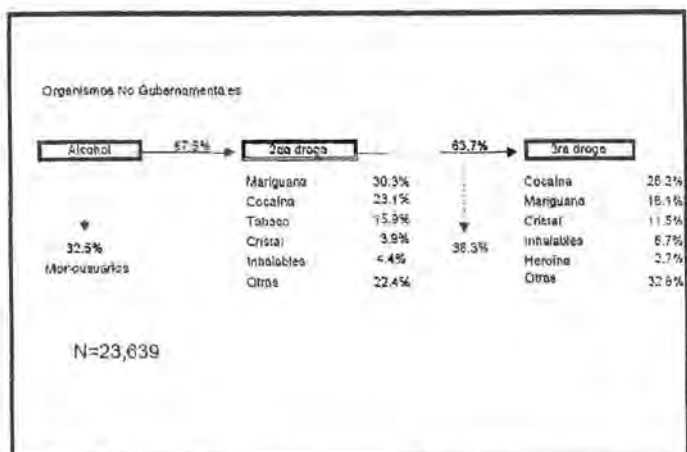
Así mismo, para los usuarios de la mayoría de las drogas legales e ilegales las edades de inicio estuvieron comprendidas entre 10 y 19 años. Las drogas de inicio más comunes fueron el alcohol, marihuana, tabaco, e inhalables. De aquellos consumidores de drogas que iniciaron con marihuana, el 7.7% continua con ella como monousuario, y el 92.3%

pasa a una segunda droga de las cuales la cocaína ocupa el primer lugar; de los que pasaron a una segunda droga el 73.2% continua el incremento a una tercera droga, donde nuevamente la cocaína ocupa los primeros lugares seguida del cristal y heroína (Cuadro 1).



Cuadro1

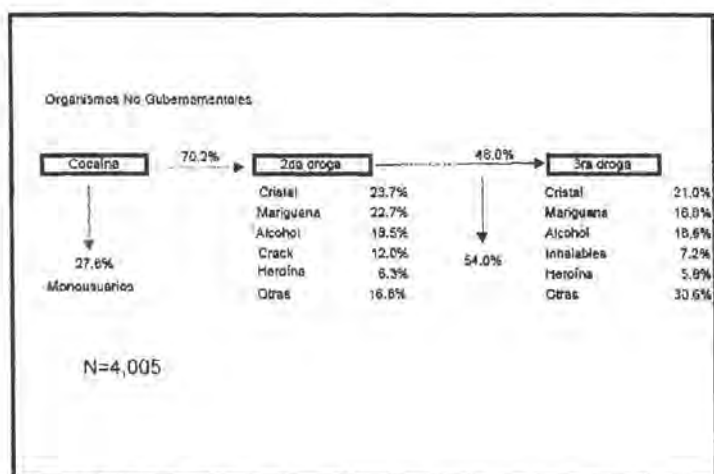
En cuanto al alcohol como droga de inicio sólo el 32.5% continúa con esta sustancia y el resto pasa a una segunda droga, siendo la marihuana y la cocaína las de mayor consumo en esta fase; mientras que en la tercera fase encontramos como las primeras en elección de consumo a la cocaína, marihuana y cristal (Cuadro 2).



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 2008

Cuadro 2

Cuando la cocaína es la droga de elección de inicio, el 70.2% de los usuarios continúan hacia una segunda droga, siendo el cristal y la marihuana las sustancias de mayor consumo; y son estas mismas drogas las que aparecen dentro de los usuarios que deciden pasar a una tercera droga (Cuadro 3).



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 2008

Cuadro 3

De acuerdo a la frecuencia de uso de estas drogas, el tabaco, heroína, cristal, y marihuana tuvieron los valores más altos en cuanto a su uso diario, mientras que para la cocaína y el alcohol fueron de dos a tres veces por semana.

Por otro lado, considero que para comprender estos datos es necesario conocer algunos conceptos como son: uso, abuso y adicción o dependencia. *Uso* se refiere al consumo que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica. El *abuso* se da cuando hay un uso continuo a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo (Becoña 2002). La *dependencia* según el DSM-IV es un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los siguientes ítems en algún momento de un periodo continuo de 12 meses:

1. *Tolerancia* a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. *Abstinencia* a) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. b) se presentan los síntomas de abstinencia característicos de la sustancia
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de su efectos.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera etc.)

Otro concepto relevante es el de *potencial adictivo de una droga* (Medina-Mora, 1994 cit. en Becoña op.cit.), entendiéndose como la propensión que tiene una sustancia de producir dependencia en aquéllos que la usan. Así, por ejemplo, en lo que se refiere a las drogas legales, el tabaco tiene un alto poder adictivo, ya que el fumador no puede controlar su consumo ni fumar con moderación, excepto en raras excepciones. En cambio la mayor parte de consumidores de alcohol son bebedores sociales, que pueden controlar sin problemas su consumo y no beber nada durante días o semanas. En cuanto a las drogas ilegales la mayoría de éstas tienen un alto poder adictivo especialmente la heroína, la cocaína y las metanfetaminas.

4.1.2 Síntomas del uso y abstinencia de las drogas reportadas de mayor impacto en México.

Como menciona Stanton y Heath (2006) los terapeutas familiares que trabajen con abusadores de sustancias y con sus familias deberían tener un conocimiento básico de farmacología, para conocer los cambios biológicos y afecciones que pueden presentarse. Por esto a continuación expondré de manera breve la descripción y los síndromes de uso y abstinencia de algunas sustancias.

METANFETAMINA

La metanfetamina es un estimulante sintético del sistema nervioso central, comúnmente utilizada como droga recreacional. Se encuentra generalmente como un polvo blanco o incoloro de sabor amargo. Otra de sus presentaciones es en píldoras o bien en forma de cristales. Su uso puede ser de forma oral, fumada, inhalada o bien inyectada. La producción de ésta en su mayoría se da en laboratorios caseros y es conocida bajo los nombres de cristal, ice o hielo, meth, speed, etc.

Algunos de los signos y síntomas de este estimulante son: el incremento de energía y estado de alerta, disminución de la necesidad de dormir, euforia, labilidad, anorexia, pérdida de peso, sudoración, náuseas, aprensión muscular de la mandíbula, bruxismo, movimientos corporales involuntarios. Aumento de: ritmo cardiaco, presión sanguínea, frecuencia respiratoria, temperatura corporal. En usuarios crónicos, su uso puede derivar en lo que se conoce como psicosis anfetamínica, resultando en paranoia, alucinaciones visuales y auditivas de poder y grandeza, irritabilidad, agresividad, comportamiento

errático, sensación de comezón en la piel, desórdenes en hígado, pulmones, riñones, daño cerebral y ataques cardíacos (Erowid, 2007).

En cuanto a la severidad de la abstinencia dependerá de la dosis y frecuencia de su consumo. Aquí se da una necesidad incontrolable por el consumo de la sustancia, cansancio, confusión mental, insomnio o disturbio en el sueño que dura aproximadamente 48 horas, hambre, reacciones psicóticas, ansiedad y/o depresión (Erowid, op. cit).

COCAÍNA

La cocaína es otro estimulante extraído y refinado de la planta *erythroxylum coca*. Típicamente es un polvo blanco entumecedor con sabor amargo. Normalmente su uso es por inhalación, pero también puede ser empleado de forma oral o inyectada. Mientras que el crack, el cual es creado a partir del polvo de la cocaína, se utiliza fumándolo lo cual lo hace altamente adictivo. Algunos de sus nombres son; coca, caña, perico, líneas, rieles, soplo, nieve, copo, piedra.

Los signos y síntomas que pueden observarse son: sentimiento de bienestar, disminución de apetito, insomnio, estimulación. Incremento de: temperatura corporal, frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, dilatación de pupilas. Agitación, ansiedad, paranoia, mareo, náuseas, comportamiento violento, alucinaciones, falla de riñones y ataque cardíaco.

La abstinencia, al igual que en el consumo de la metanfetamina trae consigo síntomas displacenteros que se presentan como un fuerte deseo para obtener la sustancia, hambre, irritabilidad, apatía, depresión, paranoia, ideación suicida, pérdida de deseo sexual, insomnio o necesidad de dormir por largos periodos de tiempo, mareo, baja temperatura corporal (Erowid, op.cit).

TABACO

El tabaco es un producto vegetal obtenido de las hojas de varias plantas del género *Nicotiana*, en concreto *Nicotiana tabacum*. Se consume de varias formas, siendo la principal fumada. Su particular contenido (nicotina) la convierte en altamente adictiva, ésta se encuentra en las hojas en proporciones variables (desde menos del 1% hasta el 12%). El resto es el llamado alquitrán, una sustancia oscura y resinosa compuesta por varios

agentes químicos, muchos de los cuales se generan como resultado de la combustión (cianuro de hidrógeno, monóxido de carbono, dióxido de carbono, óxido de nitrógeno, amoníaco, etc.)

Los signos y síntomas que podemos encontrar al consumo de esta sustancia son, aumento del estado de alerta, sensación de relajación, disminución de la cólera y tensión, debido al aumento de dopamina en los circuitos de gratificación). También se puede observar aumento de frecuencia cardíaca, presión arterial y de la actividad del tracto gastrointestinal, vasoconstricción periférica, falta de apetito, dificultad para respirar, disfonía, tos branquial matinal, disminución de la libido, coloración amarillenta de los dientes, dolores torácicos difusos (NIDA, 2007).

En cuanto a la abstinencia, algunas personas han reportado que cuando se priva de cigarrillos durante 24 horas a fumadores habituales, aumenta su enojo, hostilidad, llegando a agresiones físicas o psíquicas, disminuye la aptitud de cooperación social. También se observan signos de ansiedad, inquietud, impaciencia, insomnio, disminución de frecuencia cardíaca, aumento de apetito que puede llevar al aumento de peso corporal. Así mismo durante estos periodos muestran reducción de una gran cantidad de funciones psicomotoras y cognitivas (Publispain, 2007).

ALCOHOL

Las bebidas alcohólicas son por lo general, depresores del sistema nervioso central y se producen ya sea por la fermentación o destilación de frutas o granos. El *etanol* en sí mismo, es un líquido incoloro, pero las bebidas alcohólicas obtienen sus colores distintivos de los diluyentes aditivos o por productos de la fermentación.

Una vez ingerida esta sustancia, dependiendo de la concentración de *etanol*, se podrán presentar algún(os) de los siguientes síntomas: A bajas concentraciones puede tener el efecto de un tranquilizante suave o una anestesia general, e impide ciertas funciones cerebrales. No obstante, según sube la concentración, el impedimento adicional de las funciones nerviosas produce los síntomas de la embriaguez, que consisten en: habla distorsionada, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, percepciones distorsionadas, deterioro de la atención o de la memoria y la incapacidad de reaccionar rápidamente

A concentraciones muy altas, el etanol produce un efecto de una anestesia general: la persona que lo consume estará en un estado casi comatoso y es muy difícil despertarlo. En los casos extremos, si la concentración alcohólica está suficientemente alta, inhibirá las funciones básicas involuntarias del cuerpo, como la respiración e incluso puede ocasionar la muerte.

Los criterios para el diagnóstico de la abstinencia de alcohol según el DSM-IV es que se presenten dos o más de los siguiente síntomas desarrollados horas o días después de la interrupción (o disminución) del consumo de alcohol, después de un consumo prolongado y en grandes cantidades: hiperactividad de sistema autónomo. (p.e., sudoración o más de 100 pulsaciones), temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómito. Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes, alucinaciones o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad, crisis epilépticas, demencia persistente inducida por alcohol, trastorno amnésico, confusión y desorientación (Medlineplus, 2007).

HEROÍNA

La heroína se obtiene de la morfina, una sustancia que se da naturalmente y se extrae de la bellota de la amapola y pertenece a la clase de drogas denominada opiáceos. En el siglo XIX los opiáceos eran remedios populares que se usaban para calmar afecciones y dolores de diferentes tipos. La heroína puede aparecer en forma de polvo blanco o como una pasta o goma marrón (dependiendo de la procedencia y del proceso de elaboración que haya tenido). Su forma de consumo puede ser fumada, inyectada o inhalada. Los nombres callejeros relacionados con esta droga incluyen pasta, H, dama blanca, polvo blanco, etc (NIDA, 2007).

En cuanto a los signos y síntomas del consumo de dicha sustancia se pueden encontrar: depresión respiratoria, resultando en una dificultad para respirar, sedación, sensación de comezón en el cuerpo, "rush" u oleada de euforia, náuseas, vómito, supresión del dolor, baja presión arterial y cardíaca, miosis, disminución de secreciones gástricas e intestinales (<http://www.d-lamente.org/sustancias/heroina.htm>).

Respecto al síndrome de abstinencia alrededor de las ocho a doce horas posteriores al consumo de la última dosis de heroína, el paciente experimenta lagrimeo, bostezos, ansiedad e irritabilidad. Algunas horas más tarde, le siguen sudoración excesiva, fiebre,

calambres musculares y estomacales, diarrea y escalofríos. El síndrome de abstinencia además, implica síntomas gastrointestinales y musculo-esqueléticos, disforia, ansia de consumo y manifestaciones de hiperactividad simpática (pupilas dilatadas, taquicardia, hipertensión, etc). Una característica particular de este síndrome es que debido a los espasmos musculares de las piernas se producen patadas involuntarias. Todos estos síntomas pueden mantenerse durante uno a tres días después del último consumo, y extenderse hasta diez días después. En algunos casos, la recuperación total puede tardar más. La dureza de este síndrome es evidente, por ello conlleva un riesgo muy alto de recaída durante las primeras etapas de dicha abstinencia, en parte porque el ansia de consumo se activa fácilmente por pensamientos sobre estímulos asociados a la droga después de dejar la heroína. Por esto, el tratamiento de desintoxicación sin un manejo médico y un nivel de cuidados adecuados constituyen un gran riesgo para la salud e incluso la vida de las personas (<http://www.desintoxicacion-heroina.com/>).

CANNABINOIDES: MARIGUANA

Se llaman *cannabinoides* a los compuestos activos que se obtienen de la planta de la marihuana, cáñamo o *cannabis sativa* o *índica*. La marihuana es un alucinógeno que puede estar compuesto por la mezcla de hojas, tallos, semillas, flores secas y picadas siendo de color verde, café o gris. La "sin semilla", el hachís, y el aceite de hachís son las variaciones más potentes de la marihuana. Ciertos términos que las personas usan para la marihuana son: maría, maryjuana, mota, mostaza, toque, mosh, yerba, pasto, bacha, etc.

Algunos de los efectos de su consumo son: distorsión espacio-tiempo, euforia, incremento de apetito, falta de coordinación motora, risa incontrolable, labilidad emocional, enrojecimiento de la conjuntiva, boca seca y sed, disminución de la presión intraocular, en ocasiones paranoia, raras veces desorientación y despersonalización, en usuarios crónicos, pérdida de la memoria, síndrome amotivacional, deficiencia inmunológica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer pulmonar, disminución de fertilidad.

En la abstinencia se presentan síntomas de ansiedad, anhedonia, dolores de cabeza, malestar generalizado, agresividad, dificultad para dormir, pérdida de apetito, aburrimiento. Ahora bien, es importante mencionar que debido a que su eliminación del

cuerpo es lenta no se presenta un síndrome de abstinencia inmediatamente al suspender su consumo (Cruz, 2007).

4.1.3 Características familiares de usuarios de sustancias.

Existe una gran cantidad de investigaciones que han identificado algunos factores familiares que están relacionados o que son una gran influencia para el desarrollo o mantenimiento de abuso de sustancias (Ross, 1994; Waldron, 1997 cit. en Fagan 2006). Stanton y Heath (op.cit), mencionan que las personas adictas, comúnmente tienen una relación muy estrecha con sus familias de origen o con las personas que las han criado. Anderson y Henry (1994), encontraron una correlación directa en el uso de drogas de los padres con el de los hijos, al igual el de los hermanos mayores con el de los hermanos menores (Needle y cols. 1986 cit. en Denton, Kampfe, 1994) siendo estas utilizadas por lo general para hacer frente a los problemas.

Stanton, Todd y cols. (1988) mencionan que por lo regular estas familias presentan pensamientos de impotencia tendiendo a culpabilizar al exterior (al vecindario, amigos, etc.) de la causa del problema. Estos mismos autores sintetizaron algunas peculiaridades que caracterizan a estas familias que incluyen:

- Una frecuencia multigeneracional más alta de dependencia a las sustancias químicas, en particular el alcohol.
- Alianzas más manifiestas y dependiente, generalmente entre madre e hijo(a) acompañada por un padre (aparentemente) distante y excluido. Existiendo también casos donde el padre es el preocupado por la adicción de su hijo(a) mientras que la madre tiende a minimizarla.
- Un grupo de pares que consumen droga en el que se repliega el adicto con posterioridad a los conflictos familiares, ganando así una ilusión de independencia.
- Prácticas de crianza de los hijos "simbiótica" por parte de las madres de los adictos, que perduran hasta que el adicto es adulto.
- Una predominación de temas vinculados con la muerte y muertes prematuras e inesperadas en la familia del adicto (Stanton, Todd y cols, cit en. Stanton y Heath, op. cit. p.493).

Para Bemstein (1992, cit. en Sáenz, 2003) además de las prácticas de crianza simbiótica y las alianzas, se presentan las siguientes características: mala relación marital, coalición

intergeneracional, falta de fronteras bien definidas, incongruencia jerárquica, dobles mensajes y secretos familiares.

Correlacionadas a las relaciones parento-filiales, Rees y Wilborn (1983, Blum, 1972; Junich y Bates, 1985 cit. en Denotn y Kampfe, op. cit.) revelaron que aquellos adolescentes que abusan de alguna sustancia percibían a sus padres con una falta de comunicación, dirección, unión, cercanía, confianza, aceptación y actitud demasiado permisiva o autoritaria en la toma de decisiones para con ellos. También hallaron que los padres experimentaban el ejercer la parentalidad como un trabajo que requería sacrificio y sufrimiento y que existía una falta de confianza en la educación que impartían, teniendo problemas principalmente en establecer reglas y límites, además de pensar que el cambio en el comportamiento de sus hijos era una situación imposible.

Ahora bien, en un estudio realizado con jóvenes mexicanos solicitantes a tratamiento en las unidades de Centros de Integración Juvenil de la Ciudad de México que tenía como objetivos: conocer la relación de abuso y dependencia con la exposición a factores estresores y su efecto percibido, así como signos y síntomas depresivos; y la relación del consumo con diferentes estrategias de afrontamiento y la adaptabilidad familiar. Se halló una correlación significativa del uso de drogas como una forma inadecuada de afrontamiento, una relación con la depresión, estrés y con factores familiares como el conflicto, pautas rígidas de interacción y la falta de vínculos afectivos y de apoyo. También se observó una relación directa entre la exposición a situaciones de separación o ruptura familiar, pautas disfuncionales de comunicación y la intensidad del uso de drogas (Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004).

En cuanto a las etapas del ciclo vital, suele sobresalir la llegada de los hijos a la adolescencia. Sin embargo, debemos recordar que aquí se da el inicio de consumo más no necesariamente la adicción. Esta etapa está vinculada con el proceso normal del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, desarrollo de relaciones íntimas. Este cambio hacia relaciones de tipo más adulta, que implican crecimiento e individuación respecto a su familia puede generar desajustes en el holón parental preparando el terreno para una conducta adictiva posterior.

La otra etapa del ciclo vital es la del abandono del hogar; aquí se da plenamente la individuación y se hace evidente la capacidad adulta. No obstante, en los pacientes identificados éste suele ser el eje alrededor del cual gira la adicción. Esto es, el adicto teniendo la facultad para salir adelante puede volverse cada vez más ineficaz y problemático. Por ejemplo, paradójicamente mientras más consume, trafica y gana dinero para mantener su hábito, en cierto sentido obtiene una percepción de autonomía, libertad, maduración y "éxito"; sin embargo, cuanto más droga consume más dependiente se volverá, obedeciendo esto al sostenimiento de la homeostasis familiar. Stanton, Todd y cols. (op.cit), observaron esto durante su investigación ya que cuando el adicto empezaba a triunfar ya fuera en el área laboral, programa de tratamiento, o desarrollando mayor autoridad, en este punto se generaba una crisis familiar. Se da nuevamente una conducta de fracaso por parte del adicto, de tal forma que el otro problema familiar quedaba disipado. Esto mismo fue corroborado en el estudio realizado por Anderson y Henry (op. cit) donde los adolescentes hacían uso de la sustancia para centrar la atención en ésta, desviar la atención de la problemática conyugal y por ende mantener junta a la familia. No obstante, McCubbin y cols. (1988 cit en. Anderson y Henry, op. cit) encontraron que un factor que reducía el riesgo del uso de sustancias en adolescentes era la flexibilidad, es decir la habilidad de la familia para modificar sus patrones de interacción en situaciones que requerían de cambio.

4.1.4 Etapas de tratamiento de las adicciones en terapia familiar.

Concertar cita

El momento de la sesión debe fijarse para 2 o 3 días después del contacto telefónico, si no lo más pronto posible, esto le dará a la familia o al paciente la idea de que el terapeuta es sensible a su necesidad de ayuda, además se ha visto en algunos estudios que la demora en otorgar la cita incrementa la probabilidad de cancelación o inasistencia por parte del paciente (Stanton, Todd, y cols, op. cit.).

Etapa 1: Historial del problema, establecimiento de objetivos y contrato para una vida libre de sustancias.

Aquí se pretende conocer la situación actual, el historial de uso de drogas y tratamiento(s). Es importante saber no sólo cuándo comenzó a usar (las) sino también qué ocurría en ese momento en el ciclo vital de la familia. En cuanto a los tratamientos

previos, si se revela una reseña infructuosa el terapeuta podría aprovechar para dar un enfoque familiar al problema. La frecuencia de los fracasos a menudo indica la dificultad de la familia para desviar y mantener la crisis fuera de ellos.

Más adelante, el terapeuta, el consumidor y familia identifican y priorizan sus objetivos para el tratamiento. Generalmente el objetivo principal es el de ayudar al abusador de sustancias a que se vuelva "limpio y sobrio", por lo cual se busca que haya una declaración por su parte del deseo de liberarse de la droga. En caso de que el paciente no exponga su posición a terminar con el hábito, el terapeuta debe realizar algún trabajo para que se acepte el cese del abuso de la sustancia, p.ej, planteándolo como prerrequisito para continuar con el tratamiento (Kaufman, 1979). A continuación, conforme se expongan los siguientes objetivos, el terapeuta buscará relacionarlos directamente con la meta principal. Una forma de que esto suceda es centrarse en los intereses y planes a futuro del paciente. Al revelar éste un área que le llame la atención, la conversación por lo general adquirirá un tono más positivo, por lo cual el terapeuta podrá modificar su táctica centrándose en las áreas positivas. Con esto se busca tener nuevas posibilidades para establecer metas alcanzables. Se espera que a través de esta conversación el paciente se lleve una idea de lo que podría hacer tras liberarse de las drogas, además de que sienta que el terapeuta se interesa por él como individuo independiente capaz de lograr sus metas.

Durante esta etapa es conveniente estar atentos al paciente ya que en caso de haber pasado por un proceso terapéutico anterior podría intentar controlar las sesiones debido a su conocimiento o "memorización" de los detalles y cuestionamientos.

Etapa 2: Deteniendo el abuso de sustancias

Una vez que el paciente haya accedido a la abstinencia del uso de drogas se deberá identificar la dependencia física del alcohol u otras drogas para proponer el tratamiento de desintoxicación segura. Esto se llevará a cabo bajo intervención médica debido a que será poco probable y posiblemente peligroso que el adicto deje de consumir por su cuenta. En esta situación es valioso que los miembros de la familia de algún modo participen del proceso de cambio ya que podrán sentir que son responsables del éxito del tratamiento (Stanton, 1981; Stanton y Todd, 1992, cit en Stanton y Heath, op.cit).

Etapa 3: Manejo de la crisis y estabilización de la familia

El terapeuta familiar frecuentemente se encuentra con nuevos problemas en esta etapa. Los miembros de la familia asombrados (e incluso asustados) por la conducta desconocida de sobriedad del familiar tienden a interactuar del mismo modo en que lo hacían cuando abusaba de las drogas. Por lo esto, la terapia debería centrarse en minimizar el estrés y disminuir el conflicto, elogiar a los individuos por sus contribuciones a la recuperación de la familia, estimular a los individuos a que se centren en sus propias cosas, predecir y tratar los temores por la recaída y facilitar los cambios estructurales para evitar la homeostasis familiar.

Etapa 4: Reorganización y recuperación familiar.

Aquí se pretende desarrollar un mejor matrimonio, establecer relaciones parentofiliales más satisfactorias y quizá cuestionar antiguos asuntos con respecto de la familia de origen.

Si las cuestiones de pareja (de los padres) afloran en esta etapa, los terapeutas tratarán de mantener a los jóvenes fuera de los problemas maritales. A menudo es aquí cuando se tratan las pérdidas y muertes no resueltas que tantas familias farmacodependientes experimentan. También se debe ayudar a los miembros de la familia a reconsiderar el rol que tenía el abusador, esto es, las antiguas expectativas y patrones de conducta deben ser sustituidas por otras nuevas y más adaptativas.

Etapa 5: Finalizando la terapia

Se esperaría que el tratamiento termine cuando ambos, terapeuta y cliente acuerdan dejar de reunirse de manera regular dado que consideran que los problemas estructurales y funcionales que habían mantenido la adicción han sido reemplazados por nuevas reglas, roles y patrones interaccionales familiares. Sin embargo, en ocasiones la terapia termina inesperadamente y prematuramente no importando lo experto o la etapa del tratamiento dado que las familias son las que eligen cuándo dejar de venir a terapia. Sin embargo, como mencionan Stanton y Heath (op. cit) "los terapeutas responsables (...) deberán ofrecer servicios adicionales o derivaciones para cualquier miembro de la familia, así como opiniones profesionales respecto de los problemas que quedan y advertencias cuando sea apropiado" (p.505).

4.1.5 Modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica para problemas de adicciones

En México existen diversas asociaciones gubernamentales y no gubernamentales que dan servicio a esta problemática. Los modelos de intervención pueden ser Hospitalario, Residencial y Ambulatorio. Muchos de estos utilizan la Teoría Cognitivo Conductual y Racional Emotiva, mientras que otros integran a sus programas la Terapia Familiar Sistémica.

Esta terapia ofrece a los miembros de la familia una oportunidad para resolver los problemas que los asolan. Los terapeutas consideran que está indicado el tratamiento familiar cuando cualquier hombre, mujer o niño estén siendo afectados por el propio consumo o el de alguien más. En ocasiones, al inicio de las sesiones los pacientes llegan con otro motivo de consulta, sin embargo, durante el progreso de la terapia encontramos una preocupación por el abuso de sustancias en sus familias. Así mismo, la presencia de los familiares en las consultas es primordial ya que, no únicamente la dinámica familiar contribuye como un riesgo para desarrollar problemas de adicciones, sino que también pueden proveer factores de protección y de recuperación. Por esto, la familia juega un papel significativo en la iniciación y mantenimiento del tratamiento (Fagan, op. cit).

Algunos de los modelos sistémicos más utilizados en el tratamiento de las adicciones y que parecen brindar mayor eficacia son: Modelo Estructural, Estratégico y Centrado en Soluciones.

El Modelo Estructural.

Se hace uso de todas las técnicas descritas en el Capítulo II, sin embargo, en situaciones de adicción presta mayor atención a:

Las metas básicas:

1. Lograr que haya una distribución familiar más adecuada que promueva el crecimiento de cada uno de los individuos.
2. Realizar una nueva conformación del sistema, poniendo especial énfasis en los límites o fronteras entre cada individuo y con el exterior, dejando claro quién participa y cómo colaborarán en la familia, si hay excesiva proximidad o distancia

entre los miembros de la familia, si existen alianzas y coaliciones, y en que etapa del ciclo vital se encuentran, tomando en cuenta el contexto cultural y socioeconómico.

Hace uso de técnicas como:

3. La escenificación dentro de la sesión para promover el cambio interaccional que se desea.
4. El desequilibramiento del sistema y la intensificación de un tema o interacción.
5. El terapeuta se ayudará de algunas tareas para fortalecer los cambios producidos durante las sesiones.

Para lograr lo anterior el terapeuta:

6. Toma en cuenta para el tratamiento únicamente a los miembros que viven con el paciente identificado y con aquellos con los que tiene contacto regular con la familia inmediata, por ejemplo, abuelos, primos etc.
7. Debe tener la capacidad de conectarse y adaptarse al sistema, de tal forma que tenga cierta cercanía sin perder su jerarquía, para poder desafiarla en un momento dado.

Terapia Estratégica

Para la terapia estratégica el cambio se va a lograr a través de procesos interaccionales que surge una vez que el terapeuta colabore activamente y orientando a una familia o sistema conyugal. Para los terapeutas que usan este modelo, el síntoma es el resultado de los ensayos mal orientados a terminar con la dificultad existente. Su meta entonces, se enfoca a cambiar las secuencias disfuncionales de conductas que presenta la familia.

Técnicas principales:

1. Inicialmente la problemática deberá adquirir un carácter solucionable, de tal forma que se pueda establecer claramente un objetivo, pudiendo ser observable, o medible, para que en un futuro pueda detectarse con toda claridad si ha habido cambios.

2. Las herramientas terapéuticas de este modelo son principalmente las directivas y las tareas que se les proporciona a la familia. La importancia con que sean asignadas y comentadas son la base de éste enfoque.
3. Así mismo las intervenciones paradójicas son comunes y pueden orientarse hacia todos o bien sólo hacia algún miembro de la familia. Ahora bien, es importante tener cautela con estas intervenciones por varias razones, ya que no son recomendables en tiempos de crisis; hay familias que suelen ser muy astutas y pueden burlar al terapeuta poco experimentado; o en otros casos debido a problemas éticos y legales p.ej, al prescribir al adicto que ingiera más droga.
4. Otro aspecto esencial es evadir los conflictos de poder con la familia o con el adicto. Por esto, será básico desarrollar estrategias para hacer frente a las resistencias que puedan ir apareciendo.

Para este modelo la terapia debería seguir las siguientes etapas:

1. Es necesario reunir a la familia en la primera entrevista. Aún si es casado, es necesario reunir a la familia de origen. Aunque el objetivo final sea dar mayor independencia, inicialmente es necesario devolverlo a la familia.
2. No se deberá culpar a los padres, sino que se les deberá convencer de que ellos son la clave esencial para la mejoría de su hijo.
3. Será importante validar sus esfuerzos del pasado de tal forma que vuelvan a retomar su jerarquía.
4. Es posible comentar que ejercer la parentalidad puede ser difícil pero al mismo tiempo se les deberá dar la esperanza de que podrán desarrollar nuevas formas de dirección (Dishion y Kavanagh, 2003).

Por último, es necesario:

- Tratar las conductas problemáticas y conseguir que éstas disminuyan o desaparezcan, no las discusiones de las relaciones familiares.
- Tomar en cuenta lo que sucede en la actualidad y se evita explorar las causas del pasado.
- Aliarse inicialmente con los padres para establecer las jerarquías necesarias para ayudar al joven. Erróneo sería si el terapeuta se alía con el adicto contra los padres ya que esto aumentaría la confusión y la terapia fracasaría.

- En caso de que durante la terapia se mencione o descubra que los padres tienen conflicto, el terapeuta deberá seguir su curso de tratamiento con el adicto, y hasta que éste se presente estable (autosuficiente, trabajando o estudiando, estableciendo redes de apoyo y amistades benéficas) entonces como segundo objetivo se abordarán éstos problemas, ya que sino son tratados, esto podría promover una recaída.

4.1.6 Presentación de caso clínico

A continuación presento la descripción y el análisis de un caso que llevé durante la maestría en donde pude poner en práctica algunas de las técnicas anteriormente descritas.

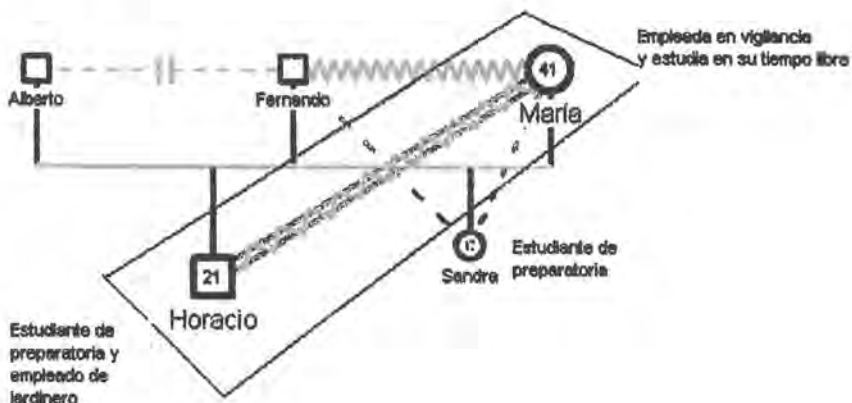
FAMILIA: Flores Domínguez

SEDE: Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco

SUPERVISORA: Mtra. Carolina Rodríguez

EQUIPO DE SUPERVISIÓN: Angélica González, Santiago Moreno, Elizabeth Romano y Karina Vázquez

FAMILIOGRAMA



MOTIVO DE CONSULTA

En la llamada telefónica la Sra. reportó su preocupación por el consumo de drogas de Horacio y las materias reprobadas que llevaba.

HIPÓTESIS

Al integrar la información vemos que Horacio se encuentra en la etapa del ciclo vital del fin de la adolescencia, donde se esperaría independencia por parte del joven. En cuanto a su madre, ésta debería experimentar la autonomía de su hijo, promoviendo su libertad, lo cual no significa como propone Silverstein (1996), que el objetivo sea restringir la intimidad entre madre e hijo con la idea de que él deba ser introducido al dominio masculino, sino que Horacio experimente sus propios logros y desarrolle herramientas de responsabilidad. Sin embargo, a través del consumo, Horacio por un lado ha encontrado una sensación de "independencia" ya que logra "liberarse" y "escapar" de las problemáticas, adquiriendo también pertenencia a su grupo de pares (pandilla), no obstante, con esto, continúa siendo dependiente de su madre, lo cual también es aprovechado por parte de esta para continuar cuidándolo como si fuera un niño al que hay que vigilar, desviando así su atención de su propia soledad y situaciones personales.

SESIÓN 1

Personas que asisten a la sesión: Sra. María y Horacio

Se inició estableciendo "joining" cercano con ambos miembros. La Sra. comentó que trabajaba en el área de seguridad de una universidad y había comenzado una licenciatura en administración. Horacio platicó que él se encontraba estudiando el segundo año de preparatoria, además de trabajar en la misma universidad que su mamá pero en el área de jardinería. Horacio comentó que regularmente se levantaba a las 5:30am para llegar a su trabajo, al cual describió como algo pesado, ya que se encargaba de un área grande, mientras que por las tardes asistía al CCH. Así mismo se encontraba pagando un automóvil el cual lo trabajaba por momentos como taxi. Narró que le agradaba mucho asistir a fiestas, pero últimamente ya no salía demasiado debido a que quería terminar la escuela ya que debía 23 materias y había muchos problemas. Dijo que uno de sus objetivos era disponer de mayor tiempo para ser taxista, ya que según su opinión había mucha gente con estudios y sin trabajo, o bien seguir ascendiendo de puesto en la universidad. Posteriormente se indagó con la Sra. María ¿cuáles creía que serían las preocupaciones que tendría Horacio? Respondió que le preocupaba que tuviera muchas materias reprobadas, que sí asistía al CCH pero no entraba a clases y que en ocasiones no llegaba a dormir, además de que tenía muchas faltas en su trabajo por lo que podría perderlo, mientras que a él le inquietaba terminar la escuela. Para el cierre de la sesión, con la idea de coro griego, la supervisora pasó al espacio terapéutico y cuestionó las

fortalezas de Horacio y sus deseos de terminar la escuela, mientras que yo las reforzaba discutiéndolas con la supervisora frente al joven. Igualmente les cuestionó si no habría otras cosas que los turbara además de las dichas en sesión.

SESIÓN 2

Personas que asisten a la sesión: Sra. María y Horacio

Al empezar se investigó si tendrían otras inquietudes, además de las expuestas en la sesión anterior, indicando al joven que a él le preocupaba la escuela y a la Sra. que él estuviera faltando al trabajo. Para tener claridad de qué cosas implicaría el cambio para ellos, pregunté a María acerca de las nuevas conductas o situaciones que tendría que ver en su hijo para saber que estaba cambiando. En este momento se dio un diálogo entre ellos que permitió observar el grado de sobreinvolucramiento de la Sra. y la falta de escucha de las necesidades de Horacio. Ante esto, el joven comentó que eso le producía enojo y narró que cuando está en su casa y su mamá lo comenzaba a regañar, él se enojaba encerrándose en su cuarto. Después, al indagar sobre el resto de la familia, explicaron que hacía dos años que se había separado de su esposo Fernando por violencia familiar, no obstante su hija había decidido quedarse con su papá dado que ahí ella tenía mayor libertad y estaba cerca de sus amigos. María aclaró que Horacio también se tomaba libertades, esto es, a veces no llegaba a casa a dormir y esto le preocupaba. En el primer semestre de preparatoria, el joven estuvo involucrado en una pelea, en donde se le tuvo que dar, por parte del trabajo, una incapacidad laboral de dos meses por las lesiones derivadas de este altercado. Sin embargo, Horacio manifestó que en la escuela una regla era que "nadie se dejaba de nadie", y que no era justo que los porros le robaran siendo que él trabajaba para obtener sus cosas. Consecutivamente María exteriorizó que apoyaba a su hijo en esta idea, aunque a veces esto le preocupaba. Se preguntó ¿cuáles eran las reglas de la casa?, ¿los acuerdos que ellos tenían? A lo que respondieron que ninguna. En el cierre de la sesión se les pidió que formularan acuerdos, en especial a la Sra. sobre las reglas de convivencia; esto era, ¿qué cosas se permitirían o no en casa? Se comentó de manera breve y rápida que él debía de llegar temprano a la casa, así como terminar el bachillerato.

SESIÓN 3

Personas que asisten a la sesión: Sra. María y Horacio

Se inquirió sobre la tarea, no obstante ninguno de los dos la realizó debido a que la olvidaron hacer. María relató que su hijo había decidido dejar de asistir a la escuela, explicando Horacio que dado que había muchos problemas prefería terminarla presentando los exámenes extraordinarios, además de que estaba endeudado y deseaba dedicar más tiempo al trabajo en su taxi. En este punto, la Sra. advirtió que él debía hacer un compromiso para finalizar la preparatoria porque ella sí se había interesado en obtener el certificado, ya que ella deseaba obtener mayor salario en su jubilación y viajar. Agregó que su hijo debía dinero tanto a su familia como a personas de la escuela, por lo que se cuestionó al joven ¿en qué gastaba el dinero? Aclaró que en gasolina y pago del coche por lo que su salario no le alcanzaba para tener dinero extra. En el cierre de la sesión se expuso que el equipo y la supervisora veían que Horacio se conformaría con el trabajo de su taxi y que no terminaría la escuela como él supuestamente deseaba. Solicitándose a María que estableciera reglas, sino tendría que seguir cuidando, en vez de a un joven, a un niño pequeño.

SESIÓN 4

Personas que asisten a la sesión: Sra. María

La Sra. María comentó que su hijo no le hablaba y que después de la sesión anterior él se había ido de la casa. Pasó todo el fin de semana fuera hasta el lunes que le llamaron del Hospital para informarle que Horacio había sido atacado por jóvenes de la escuela. Después de narrar todo lo acontecido, explicó que en varias ocasiones había encontrado residuos de papeles, una cuchara medidora y cocaína, por lo que se había dirigido con los médicos y abogados de la escuela para que la orientaran, pero que ellos no habían hecho nada e incluso aseguraba que dentro del plantel conseguía la droga, aunque ella estaba segura que ahí no la consumía, ya que algunas tardes ella iba al CCH a vigilar a su hijo. Se le preguntó ¿cuál había sido la razón por la que no había abierto el tema de la drogadicción? Respondió que Horacio se podía enojar y amenazarla con que lo haría y le preocupaba que se hiciera daño. Al finalizar, la supervisora entró al espacio terapéutico y realizó una intervención donde le mostraba a María el doble vínculo en el que se encontraba; ésto era, que si abría el tema de la droga Horacio la amenazaba con consumir, pero si lo omitía, su hijo corría el peligro de morir por actos de violencia o sobredosis.

Después de lo explicado en esta sesión, se decidió realizar una llamada telefónica a Horacio, mencionándole primeramente mi conocimiento de lo que le había ocurrido para después hacerle una invitación con el fin de que nuevamente se incorporara a las sesiones. En esta conversación comentamos los riesgos a los que se estaba sometiendo tras las conductas de violencia. También hablamos de la preocupación de su mamá hacia él con respecto al uso de drogas. En relación a esto, mencionó que dicho uso no era frecuente, e incluso éste ocurría esporádicamente; no obstante, le cuestioné su baja percepción de riesgo identificando así los daños a su salud. Finalmente, retomé sus fortalezas expresadas en las primeras sesiones y mi creencia de su capacidad para lograr detener el uso y su objetivo de terminar sus estudios, por lo que al último, nuevamente sondeé la posibilidad de que se retomara la sesión accediendo a ello.

SESIÓN 5

Personas que asisten a la sesión: Horacio

En esta sesión se habló de la importancia de mantenerse en abstinencia, de las ventajas y desventajas que traía el consumo encontrado de manera sobresaliente las conductas de riesgo (violencia, riesgos a su salud). Sin embargo, también se identificaron las situaciones en las que ocurría el consumo. Horacio reconoció principalmente que se daba tras discusiones con su mamá o cuando él se sentía incapaz de lograr ciertas metas.

Al explorar los problemas que se daban con su mamá, él mencionó que no le gustaba que ella estuviera tan pendiente de él, e incluso que lo vigilara en la escuela o se metiera a su cuarto a registrar sus cosas. Con respecto a esto, hablamos acerca de la etapa del ciclo vital en la que se encontraba, primeramente averiguando qué era lo que él creía que se esperaba de él o bien le correspondía, encontrando en sus conclusiones el terminar sus estudios, ser responsable de las tareas que se le encomendaran ya fuera en su trabajo o en casa, lo cual a su vez esto lo haría ser más independiente. Vio que con esto, su mamá podría adquirir mayor confianza en él y que posiblemente las actitudes que le molestaban de ella disminuirían.

Finalmente comentó que también se sentía incómodo con respecto al comportamiento de algunos compañeros de trabajo, ya que con ellos había tenido algunas fricciones, por lo que se le dejó que reflexionara sobre ¿de qué forma podría evitarlos sin llegar a situaciones violentas?

SESIÓN 6

Personas que asisten a la sesión: Sra. María y Horacio.

Inicialmente Horacio dijo que había solicitado cambio de plantel para su trabajo. Se le felicitó por esta situación, sin embargo, se le hizo ver que el mantener una vida sin problemas dependía sólo de él, ya que en cualquier otro lugar podría encontrarse con personas que lo presionaran para ponerse en riesgo, no obstante el tendría que elegir qué camino tomar. Se le preguntó entonces, cuáles eran sus metas a corto plazo y qué tendría que hacer para lograrlas. Expuso que primero presentaría sus exámenes extraordinarios para finalizar el bachillerato, lo que implicaba inscribirse y prepararse para los exámenes. Así mismo explicó que seguiría trabajando su taxi, no obstante hablamos de los riesgos que esto podría llevar con respecto a desviarlo de su meta de estudiar para los exámenes, ya que también estaría ocupado con su otro empleo.

En cuanto a María, ella comentó que no estaba segura que su hijo fuera a estar al pendiente de sus exámenes, aunque estaba de acuerdo con el cambio de plantel ya que allá se encontraba el abuelo de Horacio y por tanto habría alguien que estaría cuidándolo. Sin embargo, aquí se cuestionó si realmente sería necesario que un joven de veinte años requeriría que lo siguieran cuidando como si fuera un niño de seis. Respondió Horacio que definitivamente no, aunque la señora insistía que tal vez sí sería lo conveniente.

Finalmente, debido a la decisión que Horacio había tomado con respecto a su trabajo, comentó que le sería difícil poder asistir a terapia, por lo que se le sugirió que lo más conveniente sería que continuara con un tratamiento terapéutico, el cual lo podría buscar en alguna institución como CIJ.

Con respecto a María, se replantearon sus necesidades terapéuticas; esta mencionó que no tenía ninguna, que lo que a ella le interesaba era que su hijo acudiera a terapia. Se le mencionó por último, que sólo Horacio tendría que analizar si le convendría o no continuar con un tratamiento; y que si en algún momento ella tuviera la necesidad de volver a retomar el tratamiento lo podría volver a solicitar. Por lo que se dio por finalizado el caso.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

El trabajo terapéutico que se llevó a cabo con la familia Flores comprendió seis sesiones con duración de una hora aproximadamente y con espaciamiento entre sesiones de quince días a un mes, el motivo de este espaciamiento fue debido a que se atravesaron días feriados. Dicho proceso inició en septiembre y finalizó en diciembre. El modelo teórico utilizado fue el Estructural, realizándose también varias preguntas de tipo circular, se señaló el dilema de cambio usándose coro griego y en ocasiones paradojas. Los objetivos terapéuticos que se plantearon para el tratamiento fueron:

- Establecer joining cercano.
- Rastrear información sobre el consumo de drogas.
- Determinar el objetivo de terapia para María y Horacio.
- Uso de lados fuertes para que Horacio mirara sus fortalezas y alcanzara sus metas.
- Cuestionamiento de la estructura en cuanto al establecimiento de reglas y el sobreinvolucramiento.
- Señalar el dilema del cambio usando coro griego y en ocasiones paradojas.
- Cuestionamiento de la realidad sobre su baja percepción de riesgo, la "incapacidad" de Horacio para lograr sus objetivos.
- Conocer los cambios y reflexiones que se daban después de los cierres de cada sesión.

Iniciando la primera sesión dado que en la llamada telefónica la Sra. planteó su preocupación por el consumo de drogas de su hijo y los problemas que esto estaba acarreándoles, la primera intervención fue crear un ambiente de comprensión, con un contacto cercano a cada uno de los miembros, en especial con Horacio debido a la renuencia con la que asistía a terapia. Esto permitiría, según lo pensado, dar la oportunidad de que al explorar las preocupaciones de cada uno o el motivo de consulta, se tuviera la confianza de abrir la temática de la adicción y plantear como objetivo una vida libre de sustancias o disminuir el consumo. No obstante, debido a que esto era manejado como un secreto por parte de la Sra. estando presente él, la queja telefónica no fue abierta sino hasta la cuarta sesión. Parte de esto posiblemente era por las

implicaciones que traería el cambio en caso de que el joven accediera a una nueva forma de comportamiento.

Así mismo, en esta primera sesión, bajo el Modelo Estructural: hice uso de los *lados fuertes* de Horacio para *Cuestionar la realidad* al retomar el cuidado y esfuerzo que hacía en su trabajo de jardinería de la universidad, la responsabilidad de levantarse a las 5:30am para ir a trabajar, el gusto por asistir a exposiciones de historia y antropología y la decisión de dejar de ir a fiestas. Al realzar sus lados fuertes la conversación adquirió un tono más positivo, lo cual me permitió: poder cuestionar constructos cognitivos por ejemplo cuando expresó su deseo de progresar en su trabajo y ganar más dinero pero sin el esfuerzo de realizar los estudios correspondientes para ascender de puesto; o bien, para el *uso de coro griego* donde la supervisora refutaba el interés de Horacio en el estudio, de tener diversas fortalezas mientras que yo pude estratégicamente aliarme a la familia difiriendo de este punto de vista y apoyando al joven creyendo en todos los elementos que tenía para salir adelante. También, esto facilitó *cuestionar la creencia* de la Sra. María que tenía acerca de que su hijo no tenía preocupaciones y que sólo se divertía.

En las siguientes sesiones realicé constantemente preguntas circulares propuestas por Karl Tomm (1987) las cuales pretenden explorar los círculos conductuales e ideológicos que existen entre el problema actual, los cambios en las relaciones intrafamiliares y las interacciones alrededor de estas dinámicas (Nelson, Eleuridas, Rosenthal, 1986).

Hice énfasis en el *cuestionamiento de los límites y jerarquía* ya que como mencionan Stanton, Todd y cols. (op.cit.) y Bernstein (1992, cit. en Sáenz op. cit.) en familias con miembros adictos existe generalmente sobreinvolucramiento entre madre e hijos que perduran incluso hasta la adultez, incongruencias jerárquicas y dobles mensajes. Esto se observó cuando la Sra. expresaba por un lado una total permisividad p.ej, cuando Horacio se ausentaba por días de su casa, o le permitía abusar del alcohol debido a que iba a fiestas, mientras que por otro había quejas del incumplimiento de los deberes en el trabajo y escuela; así también era notoria la diada demasiado unida que había. Mirándose esto p.ej, en la descripción de que la Sra. asistía al CCH para espiar a su hijo. O bien, cuando le decía que hiciera los exámenes extraordinarios de las materias que a ella se le facilitaban en vez de las que él se proponía. Ésto mostraba también un trato infantilizado que como describen Stanton y Heath (op. cit) suele suceder durante la etapa de ciclo vital

donde los jóvenes están desarrollando su individuación, autoafirmación y estableciendo relaciones íntimas. De tal forma, que se esperaría que mostraran su capacidad adulta, sin embargo, paradójicamente en estos casos mientras más consumen o ganan dinero para mantener su hábito de alguna forma aparentan tener autonomía, "maduración", pero esto a su vez los lleva a volverse más dependientes como si necesitaran vigilancia y protección. En cuanto al joven, *enfoqué y di intensidad al cuestionar su constructo* de los riesgos a los que se exponía al participar en las peleas escolares o cuando se defendía de robos.

Es importante señalar, que esta característica que refieren Stanton, Todd y cols (op. cit.) presente en este caso fue la existencia de un grupo de compañeros (o pandilla) en los que se replegaba, dándole una ilusión de poder, independencia e identidad. Sin embargo, estos grupos al ser etiquetados como minoritarios se crean una identidad negativa de subordinación, tomando soluciones de tipo problemático o ilegal para luchar contra este sometimiento, con lo que progresivamente se siguen desviando y marginando (Apfelbaum, 1989 citado en Moreno, 2001).

Para la tercera consulta, las temáticas de la sesión giraron alrededor de cómo es que Horacio estaba "endrogado de deudas hasta el cuello" y su decisión de dejar de asistir a clases bajo el objetivo de terminar la preparatoria en extraordinarios. Utilicé las *técnicas de foco e intensidad para cuestionar el sintoma*, debido al compromiso y responsabilidad que esto implicaría. Ya que en el sistema escolarizado no había logrado pasar la mayoría de las materias, siendo esto importante dado que era un objetivo planteado al inicio de la terapia. Este cuestionamiento fue necesario ya que como mencionan Hawkins, Catalano y Miller (1992), algunos factores de riesgo para el consumo de drogas en jóvenes son el fracaso escolar, la baja motivación por el estudio, relación con pares usuarios de drogas y actos antisociales (Castro, 1994). Por lo que también en el cierre de la sesión haciendo *uso del coro griego*, por un lado se hizo nuevamente énfasis de la capacidad que tenía para lograr terminar la escuela y salir adelante, mientras que el resto del equipo desafiaba esto comentando que tomaría una decisión equivocada. Además de *prescribirsele paradójicamente* a la Sra. que lo siguiera tratando como a un niño.

En la cuarta sesión, conforme se daba la narración acerca de lo acontecido con Horacio y la explicación del proceso del descubrimiento del consumo de cocaína, y las diversas acciones que tomó para intentar resolver la problemática, *focalicé y utilicé la intensidad* en algunos cuestionamientos que llevaron a María a la reflexión acerca de la necesidad de establecer límites dado el sobreinvolucramiento, expresó que ella comenzaría a poner más atención a sus cosas, como era la escuela y el trabajo que había estado descuidando en vez de estar vigilando a su hijo como niño chiquito. Así mismo, nuevamente usando la *técnica de intensidad*, la hice reflexionar en el requisito de llegar a acuerdos con Horacio, de propiciar un ambiente que diera lugar a la comunicación de sentimientos y necesidades.

Además, *sembré la idea* de que se encontraba en una situación compleja, donde los factores familiares tenían mayor peso y responsabilidad en este problema más que los abogados y directivos de la escuela. Por lo que también *cuestioné su certeza* de que únicamente en la preparatoria era donde el joven conseguía la droga, debido a que Horacio nunca soltaba su mochila, al igual de que la escuela era responsable de esto. Esta situación fue de esperarse ya que como Stanton, Todd y cols (op. cit) describen es común en estas familias culpabilizar y responsabilizar al exterior debido a sus sentimientos de impotencia ante el problema.

Ahora bien, con respecto a los "secretos" y tomando en cuenta lo mencionado por Imber-Black (1999), al considerar importante sacar a la luz el tema del uso de drogas ya que podría evitarse que se continuara con las conductas de riesgo, se procedió, primeramente por respeto a María, a informarle que se usaría la información que ella tenía del uso de cocaína de Horacio, de igual forma, según lo establecido por el Código Ético del Psicólogo (op. cit.) del cuidado responsable que dice "El psicólogo muestra preocupación por el bienestar y evita el daño a cualquier individuo, familia, grupo o comunidad", se realizó la llamada a Horacio.

En dicha llamada, uno de mis objetivos conforme a lo sugerido por Stanton, Todd y cols, (op. cit.), fue determinar cuál era el tipo de consumo de Horacio, es decir si era uso, abuso o era ya una adicción. Una vez determinado esto, *cuestioné la realidad* de su constructo de percepción de riesgo, dejándole ver que lo mejor era tener una vida libre de sustancias y que el espacio terapéutico era el determinado para ayudarlo.

En las siguientes sesiones, se tomó en cuenta lo que para Minuchin y Fishman (1999) es importante intervenir, que es la etapa de ciclo vital. Para tal, *questioné su realidad* acerca de lo que le correspondía hacer de acuerdo a la edad que tenía, lo que además ayudaría a *trazar límites entre subsistemas*. Esto se observó en la última sesión al expresar su cambio de área de trabajo y de vivienda, por lo que conforme a Stanton y Todd, (op.cit.), haciendo uso de sus *lados fuertes* y centrándome en sus áreas positivas, se establecieron metas alcanzables. En cuanto a Maria, se continuó *questionando su constructo cognitivo* acerca de que si su hijo necesitaría la supervisión de otro adulto, se le ofreció un consejo especializado de que Horacio era ya un adulto y tenía la capacidad para hacerse cargo de sí mismo. Horacio terminó ejemplificándole a su mamá con las tareas que él había hecho para atenderse como era lavarse su ropa y prepararse su comida, así como haber asistido a la escuela para averiguar las fechas de extraordinarios.

Finalmente debido a este cambio de vivienda fue difícil continuar con Horacio el tratamiento, no obstante, de acuerdo a Stanton y Heath (op. cit.), los terapeutas responsables deberán ofrecer servicios adicionales o derivaciones, por lo que se consideró adecuado en la institución de CIJ para continuar con el tratamiento. Lo cual en una llamada de seguimiento se informó que el joven acudía a una de estas clínicas en el sur de la ciudad.

4.1.7 Reflexiones finales

- Atender casos de consumo de drogas de manera inmediata. En caso de no poder ser atendido sería conveniente la derivación a alguna asociación o bien, a la Clínica de atención de adicciones de la UNAM con sede en C.U. Esto podría llevarse a cabo desde la llegada de los casos en el área de psicopedagogía en el CCH o bien durante la revisión continua que se hace a las solicitudes de la clínica de la FES Iztacala.
- Otro aspecto importante, es que tendría que analizarse posiblemente en la primera llamada si es factible la atención del caso, ya que como se examinó, dado que esta problemática tiene implicaciones orgánicas muchas veces es necesario primero la atención médica para poder comenzar con un tratamiento psicológico. Ahora bien, aquí también sería útil la indagación de tratamientos previos, conocer claramente la necesidad y/o urgencia de la familia, y razones por las cuales dejaron otros tratamientos en caso de haber sucedido.

- Una vez tomado el caso, es muy importante el primer acercamiento que se tenga con la familia o los miembros que asistan. Considero que éste debe ser intermedio a cercano, de tal forma que tengan la sensación de ser escuchados, comprendidos, pero también que se de una impresión de expertez y manejo de conocimiento para poder lograr el establecimiento de objetivos.
- Tener claridad entre quien(es) representa(n) a los clientes y a los pacientes dentro de la consulta. Ya sea, para intervenir bajo esta primicia o bien, dar el enfoque de complementariedad.
- Mantener precaución con las intervenciones paradójicas y desafíos debido a que como menciona Stanton, Todd y cols (op. cit), no es recomendable para todas las familias en especial para aquellas que se encuentren en crisis y también por las implicaciones éticas y/o legales.
- Como terapeuta y equipo de supervisión, tener presente que los casos de adicciones son complejos por todos los alcances que conlleva. Es importante pensar que si el adicto no se convence del tratamiento será más complicado tener éxito.
- Sería útil considerar como acompañamiento del tratamiento familiar, tratamientos grupales y/o individuales.
- Tener cuidado del isomorfismo al cual podemos incurrir, por lo cual es necesario estar vigilando lo que nos sucede dentro de las sesiones o bien ayudamos de las observaciones del equipo de supervisión.
- Estar atentos a los signos y síntomas de otras enfermedades o trastornos, porque como se menciona en diversas investigaciones, existe una correlación estrecha entre la depresión, factores estresores y el uso de sustancias (García, Balanzario, Díaz, 2001, cit. en. Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, op. cit.). Así también, estar informados de los síndromes del uso y abstinencia de las diversas drogas, la duración de sus efectos e incluso poder apoyarnos de pruebas psicológicas para la detección de problemas y severidad de uso, áreas de riesgo, etc.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Para finalizar expondré primeramente las habilidades que considero desarrollé en el transcurso de mis estudios en la maestría y he continuado poniendo en práctica, en segundo lugar mis reflexiones de los modelos aprendidos y en tercer lugar algunos pensamientos en relación al concepto de baja terapéutica y el cuidado de la persona del terapeuta.

De las habilidades desarrolladas en el área clínica estas fueron:

- Capacidad para establecer un buen contacto terapéutico.
- Habilidad para desarrollar alianzas terapéuticas.
- Evaluar el tipo de problemas y sus posibles soluciones.
- Capacidad de observación.
- Definir motivos y demandas terapéuticas, así como determinar a los clientes y/o pacientes en los procesos terapéuticos.
- Definir objetivos terapéuticos en coparticipación de los pacientes
- Formular hipótesis sistémicas
- Aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas de los pacientes fundamentando sus elecciones
- Elaborar reportes del tratamiento
- Evaluar los resultados y terminar el tratamiento.

Habilidades de investigación y enseñanza:

- Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios.
- Difundir conocimientos.
- Obtener datos acerca de las características de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias.
- Diseñar investigaciones cuantitativas y cualitativas.
- Establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada.

Habilidades hacia la prevención.

- Elaborar y aplicar programas de salud comunitaria.
- Identificar procesos que pueden ayudar a prevenir problemas familiares y sociales.

Ética y Compromiso Social.

1. Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social.
2. Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.
3. Ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional.
4. Apego a las normas de la ética profesional.
5. Actualización profesional.
6. Asistencia a terapia psicológica.

En cuanto a los modelos teóricos sistémicos y posmodernos, tuve la ventaja de aprender de cada uno sus antecedentes históricos-teóricos, sus técnicas y aplicaciones; con esto también pude darme cuenta de la importancia que tiene el conocer todos estos datos para su correcta aplicación; asimismo la práctica me permitió experimentar la eficacia que tienen todos los modelos, sin embargo, creo que algunos terapeutas se pueden sentir más "cómodos" o les "resulte más efectivo" ciertos modelos, no obstante es elemental tener presente lo que Erikson y Zeig mencionan acerca de cortar la terapia a la medida del cliente.

Ahora bien, del modelo Estructural pienso que éste es muy claro en sus objetivos y concreto en sus intervenciones; en lo particular me resulta muy útil por su estructura y que puedo ir transmitiendo esto a las familias; de igual forma, en caso de que lo requiera, me permite cuestionar a las personas siempre con un objetivo y con las técnicas determinadas, no obstante, es posible también realzar las partes positivas de los pacientes. Retomando esto, del modelo breve centrado en soluciones, considero que su postura de tener presente y tomar constantemente los cambios positivos que muestran las familias, traen consigo situaciones favorables para su solución, ahora bien, habrá que tomar en cuenta, como lo sugiere este modelo, que existen familias a las que se les dificulte tener esta actitud o visión, por lo que utilizar las técnicas del modelo breve

centrado en problemas puede ser un buen medio para lograr los objetivos dada su metodología, por lo que necesitaremos por ejemplo distinguir entre quién de los que acude es el cliente y el paciente, determinar con claridad las metas para así hacer uso de las técnicas propuestas, etcétera. En cuanto al modelo estratégico, al igual que los modelos breves, reconozco que es primordial para este, explorar y conocer la disposición de cambio, el manejo del lenguaje y por supuesto la clara definición de los cambios deseados; de la misma forma, algo que pienso son muy efectivas en las sesiones terapéuticas son las técnicas de hipnosis desarrolladas por Milton Erickson, ya que es un método de trabajo profundo basado también en estrategias. Y de los modelos de terapias posmodernas, me ha sido de gran utilidad en varios casos tener una postura más lateral en vez de jerárquica, debido a que algunos consultantes que llegan desconfiados y poco participativos comienzan a tomar mayor acción, siendo más analíticos de sus procesos. Asimismo, los medios escritos, como los diplomas, me han resultado útiles en especial en los momentos de cierre para fortalecer los cambios realizados por los consultantes. Finalmente, aunque tuve poca oportunidad para poner en práctica los equipos de reflexión, considero que esta idea de compartir de manera respetuosa con los consultantes los pensamientos que se generan tras la observación de las sesiones y experiencias, resulta muy útil para generar reflexiones en las familias o individuos y así avanzar en la terapia.

Otro aspecto que creo es conveniente investigar más, o replantear, es el concepto de "baja terapéutica" que utilizamos para expresamos o establecer en las actas, luego de que algunos de los casos, a pesar de haber sido dados de baja por diversas razones por ejemplo, que ya no se presentaban para realizar un cierre "formal" dentro del escenario clínico, o bien no podían continuar con las sesiones, sí logran reportar y mostrar cambios que se dan en el transcurso de la terapia.

Acerca del cuidado de la persona del terapeuta, considero que es importante que los estudiantes mientras cursan la maestría, tengan como requisito tener un proceso terapéutico personal; puesto que al estar al frente de familias con diversas problemáticas, como se observaba en el espacio de la supervisión o revisión de actas, existían temas que podían interferir en nuestro trabajo en caso de no tenerlo identificado y resuelto. De igual forma, creo que esto puede ir generando en nosotros un hábito, o bien, dar un énfasis en lo básico que es el cuidado continuo, como también lo es la constante

preparación académica para evitar rezagos y seguir otorgando y desempeñándonos con calidad.

Finalmente, puedo decir que con la maestría logré obtener los conocimientos y habilidades que buscaba cuando tuve por primera vez la inquietud de continuar preparándome en lo que es terapia familiar, además de que con esto, puedo tener la oportunidad de continuar brindando a la sociedad un mejor servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, L. R (1994). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Delgado, J. y Gutiérrez. (coords). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; DSM-IV*. México: Masson.
- Anderson, H (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno en la terapia*. Argentina: Amorrortu.
- Anderson, A. R y Henry, C. S. (1994). Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance abuse. *Adolescence*, 29; 114; p. 405.
- Arellano, J. L., Díaz, D. B., Wagner, F y Pérez, V. (2004). Factores Psicosociales asociados con el abuso y dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis divariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27; 003; p. 54-64.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Bernstein, M. (1992). Farmacodependencia y familia. *Cuadernos Iberoamericanos sobre Dependencias*, 1; p. 42-29.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de cultura económica.
- Blum, R. H. (1972). White middle-class families. In W. E. Henry, & N. Sanford (Eds.). *Horatio Alger's Children*. London: Jossey-Bass.
- Borges, G., Medina-Mora, M E. y Garrido, G. (2006). *Epidemiología de la Conducta Suicida en México. En Informe Nacional Sobre Violencia y Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia familiar Sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Botinelli, M. y cols. (2003). *Metodología de investigación: Herramientas para un pensamiento científico complejo*. Buenos Aires: Grafika Hels.

- Cannon, S. R. (1976). *Social functioning patterns of families of offspring receiving treatment for drug abuse*. New York: Libra.
- Castro Sariñana M E. (1994). Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas. En Tapia Conyer R (Comp.). *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas*. México: El Manual Moderno.
- Ceberio, M y Watzlawick, P. (1998). *La Construcción del Universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología constructivista y pensamiento sistémico*. Barcelona: Herder.
- Cecchin, M (1987). Nueva vista a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Family Process*, 26; p. 405-413.
- Cochran, S. y Mays, V. (2000). Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partner: Results from NHANESIII. *American Journal of Public Health Washington*, 90; 004; p. 573-578.
- Comisión para el estudio de los niños callejeros (1992). *Estudio de los niños callejeros*. Ciudad de México.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2004). *Población nacida en México residente en Estados Unidos*. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/mig_int/series/030202.xls. Recuperado en Junio 2008.
- Cote, T. y Biggar, R. (1992). Risk of suicide among person with AIDS. *JAMA*, 268; 15; p. 2066-2068.
- Cruz, S. (2007). *Los efectos de las drogas. De sueños y pesadillas*. México: Trillas.
- D' Augelli, R. y Hershberger, S. (1995). Lesbian, gay and bisexual youth in community settings: Personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology*, 211; p. 421-448.
- Denton, R. E y Kampfe, Ch, M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review. *Adolescence*, 29 ; 114 ; p 475.
- Desatnik, O. Franklin, A. y Rubli, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión. Supervisores y supervisados: una experiencia institucional. *Psicoterapia y familia*, 15; 001; p. 47-56.
- Dishion, T., y Kavanagh, K. (2003). *Intervening in adolescent problem behavior*. New York: Guilford.
- Dominguez, M., Romero, M. y Paul, G. (2000). Los "niños callejeros". Una visión de sí mismos vinculados al uso de las drogas. *Salud Mental*, 23; 003; p. 20-28.
- Eguiluz, (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Universidad Autónoma de Tlaxcala.

- Encuesta Nacional sobre Violencia en Mujeres*, (2003). Instituto Nacional de Salud Pública. http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/encuesta.pdf. Recuperado Abril 2008.
- Erikson, M., Haley, J. y Weakland, J. (1980). A transcript of a trance induction with complementary. En E. Rossi (Eds.). *The collected papers of Milton H. Erickson on Hipnosis: Volume I, The nature of hipnosis and sugestión*. New York: Irvington.
- Erowid <http://www.erowid.com>. Recuperado en Enero 2008
- Fagan, R. (2006). Counseling and treating adolescents with alcohol and other substance use problems and their families. *The Family Journal: Counseling and therapy for couples and families*, 14; 004; p. 326-333.
- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2003). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En Licea, G., Paquentin, I. y Selicoff (Comps.). *Voces y más Voces: El Equipo Reflexivo en México*. México D.F: Alinde.
- Fish, R., Weakland, J.H., Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder
- Flavin, D., Franklin, J. y Richard, F. (1986). The acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and suicidal behavior in alcohol-dependent homosexual men. *American Journal of Psychiatry*, 143; 11; p. 1440-1442
- Folkman, S., Chesney, M., Pollack, L. & Coates, T. (1993). Stress control, coping, and depressive mood in humans immunodeficiency virus-positive and negative gay men in San Francisco. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181; p. 409-416.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Disponible en http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm. Recuperado en Junio 2008
- Gallo, R. C. (1988). HIV—The cause of AIDS: An overview on its biology, mechanisms of disease induction, and our attempts to control it. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndromes*, 1; p. 521-535.
- Galicia, I. (2004). Terapia Estratégica. En Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- García, R., Balanzario, M. y Díaz, D. (2001). Tendencia del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil entre 1990 y 1999. *CIJ. Informe de investigación*, 00-06.
- Gergen y Warhus (2001). La terapia como construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares*; 3; p. 11-27.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Haley, J (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Amorrortu
- Haley, J. (1986). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu
- Hawkins J D., Catalano RF. y Miller J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. *Psych Bull*, 112; 001; p. 64-105.
- Hays, R. B., Turner, H. y Coates, T. J. (1992). Social Support, AIDS Related Symptoms, and Depression among Gay Men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60; 003; p. 463-469.
- Hernández, R. S., Fernández, C. C. y Baptista, P. L. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw- Hill.
- Hoffman, L. (1981). *Terapia Familiar Sistémica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familia. *Asociación Mexicana de Terapia Familiar*, 2; 002; p. 41-53.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. Mc Namee y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona : Paidós.
- Hunt, B., Jaques, J., Niles, S. y Wierzalis, E. (2003). Career concerns for people living with HIV/AIDS. *Journal of Counseling and Development*, 81; 001; p. 55-60.
- http://www.anuies.mx/servicios/e_educacion/index2.php. Recuperado en febrero 2009
- <http://www.desintoxicacion-heroina.com/>. Recuperado en enero 2008
- <http://www.d-lamente.org/sustancias/heroina/htm>. Recuperado en enero 2008
- http://www.inea.gob.mx/foros/mesa1/m1_36.pdf. Recuperado en febrero 2009
- http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/m_008.xls. Recuperad en febrero 2009
- <http://www.unicef.org/mexico/spanish/unicefenmexico.html>. Recuperado en febrero 2009
- http://www.wikipedia.org/wiki/Clinical_supervision. Recuperado en enero 2008
- Imber-Black, E. (1999). *La vida secreta de las familias. Verdad, privacidad y reconciliación en una sociedad del "decirlo todo"*. Barcelona: Gedisa.
- Imber-Black, E. y Roberts, J. (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.

- INEGI Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2002). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. Cuaderno no. 8.
- INEGI Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). Disponible en <http://www.inegi.com.mx>. Recuperado Abril 2008.
- Instituto Nacional de las Mujeres. *Informe cuantitativo y cualitativo de las acciones realizadas por INMUJERES-DF. Abril-Junio 2007*. Disponible en <http://www.inmujeres.df.gob.mx>. Recuperado en Abril 2008.
- Jiménez J. (2005). *Aproximación teórica al pensamiento sistémico del enfoque terapéutico de Milán*. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Jurich, A. P., Polson, C.J., Jurich, J.A., y Bates, R. A. (1985). Family factors in the lives of drug users and abusers. *Adolescence*, 20; p. 143-159.
- Keeney, B.P (1987). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Kerlinger, F. (1999). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Kubler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Nueva York: Grijalbo.
- Lax, W. (1995) Offering Reflections En Friedman, S. (Comp.) *The Reflecting Team in Action*. New York, Guilford Press.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1985). *Stress appraisal and coping*. USA: Springer.
- Leserman, J., Petitto, J. M., Perkins, D. O., Folds, J. D., Golden, R. N. & Evans, D. L. (1997). Severe stress, depressive symptoms, and changes in lymphocyte subsets in human immunodeficiency virus-infected men. *Arch Gen Psychiatry*, 54; p. 279-285.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en Psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax México.
- Lyketsos, C. G., Hoover, D. R., Guccione, M., Dew, M. A., Wesch, J. E., Bing, E. G. y Treisman, G. J. (1996). *Changes in depressive symptoms as AIDS develops*. *American Journal of Psychiatry*, 153; p. 1430-1437.
- Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marzuk, P., Tiercy, H., Tardiff, G. Morgan, H. y Mann, J. (1988). Increased risk of suicide in persons with AIDS. *Journal of the American Medical Association*, 259; p. 1333- 1337.
- Matthews, A. Hughes, T. Johnson, T. Razzano, L. y Cassidy, R. (2002). Prediction of depressive distress in a community sample of women: The role of sexual orientation. *American Journal of Public Health Washington*, 92; 007; p. 1131-1139.
- Maturana, R. H. (1996). *La realidad ¿Objetiva o Construida?* México: Anthropos.
- Medina-Mora, M. E. (1994). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En R. Tapia (Comp.) *Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas* (pp. 25-55). México: El Manual Moderno.

Medina-Mora, M E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services. Results from the Commission Mexican Nacional Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26; 004; p. 1-16.

Medlineplus <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000764.html>

Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa*. Santiago: CIDE

Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. México, D.F: Gedisa

Minuchin, S. y Fishman, C. (1999). *Técnicas de Terapia Familiar*. México, Buenos Aires, Barcelona: Paidós.

Programa de residencia en terapia familiar. (2001). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Moreno, P. (2001). *Psicología de la marginación social. Concepto, ámbitos y activaciones*. Málaga: Aljibe.

Morrow, D. (2004). Social work practice with gay, lesbian, bisexual, and transgender adolescents. *Families In Society*, 85; 001; p. 91-99.

Morgan, A (2000). *What is narrative therapy? An easy to read introduction*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Mulder C. L., Antoni, M. H., Duivenvoorden, H. J., Kauffmann, R. H. y Goodkin, K. (1995). Active confrontational coping predicts decreased clinical progression over a one year period in HIV-infected homosexual men. *Journal of Psychosomatic Research*, 39; p. 957-965.

Naranjo, J. (2002). *Posibilidad de una metodología participativa crítica en el enfoque sistémico clínico de la psicología* <http://www.udac.cl>

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder

Needle, R., Mc Cubbin, H., Wilson, M., Reineck, R., Lazar, A., & Mederer, H. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use-The role of older siblings, parents and peers. *The International Journal of the Addictions*, 21; p. 739-766.

Nelson, T., Eleuridas, C., Rosenthal, D. (1986). *Journal of Marital and Family Therapy*, 12; p. 113-127.

NIDA <http://www.nida.nih.gov/Infofacts/Heroin-Sp.html>

NIDA http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/tabaco/tabaco_RR.pdf. Recuperado en Enero 2008.

NIDA. <http://www.nida.nih.gov/TXManuals/CRA/CRA14.html> Recuperado en Enero 2008

- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. México: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*
- Penedo, F., Antoni, M., Schneiderman, N., Ironson, G., Malow, R., Cruess, S., Hurwitz, B. y LaPiere, A. (2001). Cognitive Therapy and Research, 25; 005; p. 591-606.
- Plan Nacional de Desarrollo (2000-2006). Disponible en <http://www.pnd.presidencia.gob.mx/indcx.php?idseccion=10>. Recuperado en Mayo 2008.
- PUBLISPAIN. <http://www.publispain.com/drogas/tabaco.html>. Recuperado en Enero 2008
- Puchol, D. (2003). La depresión: 50 claves esenciales para su comprensión. http://www.psicocentro.com/cgibir/articulo_s.asp?texto=art38001.
- Rees, C.D., & Wilborn, B. L. (1983). Correlates of drug abuse in adolescents: A comparison of families of drug abuser with families of nondrug users. *Journal of Youth and Adolescence*, 12; p. 55-63.
- Sáenz, M.A. (2003). Aportes sobre la familia del farmacodependiente. *Ciencias Sociales*, 1; 99; p. 25-44.
- Savard, J. Laberge, B. y Gauthier, J. (1996). Prevalence of depression in persons seropositive for HIV: A review of writings. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 28; 001; p. 52-60.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, L. (1980). Elaboración de Hipótesis, Circularidad y Neutralidad. Tres directrices para la coordinación de la sesión. *Family Process*, 19; 001.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1998). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidós.
- Serrano, J. (1997). Estudio de casos. En: A. Baztán. *Etnografía: Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. México: Alfaomega.
- Silverstein, O. Walters, M, Carter, B. y Papp, P. (1996) *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). *Informe 2006* <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/sis2006/sisvea2006.pdf>
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*. Agosto; p. 65-69.

- Smith, C and Nylund, D. (1997). *Narrative Therapies with children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2005). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Solano, L., Costa, M., Salvati, S., Coda R., Aiuti, F., Mezzaroma, I. & Bertini, M. (1993). Psychological factors and clinical evolution in HIV-1 infection: a Longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37; p. 39-51.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Stanton. M.D y Heath. A.W. Tratamiento de los problemas con las drogas y el alcohol en familias y parejas. En: Roizblatt. (comp.) *Terapia familiar y de pareja*. Chile: Mediterráneo; 2006. pp. 492-513.
- Stanton. M.D, Todd.T y cols. (1985). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing. *Family Process*, 26; p. 167-184.
- Troya, E. y Aurón, F. (1988). La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión. *Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de Terapia Familiar*. Noviembre. México.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). *Introducción al estudio de casos: los primeros contactos con la investigación etnográfica*. Granada: Aljibe.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Winkin, Y. (comp.) (1987). *La Nueva Comunicación*. Barcelona: Kairós
- Wittezaele, J y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.
- White, M y Epston, D (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1995) *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Zeig, J. & Geary, B. (Eds.) (2000). *The Letters of Milton H. Erickson*. Phoenix: Zeig, Tucker & Theise.