



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

**UNA MIRADA SISTÉMICA Y POSMODERNA  
SOBRE LAS ADICCIONES**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA OPTAR  
POR EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:  
NELLY BERENICE CRUZ LÓPEZ**

**TUTORA PRINCIPAL:  
DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**COMITÉ TUTOR:  
DR. ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**DRA. CLAUDIA LUCY SAUCEDO RAMOS  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**LOS RESYES IZTACALA, EDO. DE MÉXICO, ENERO 2020**



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.

## ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.....	2
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática.....	3
1.1. Características del campo psicosocial.....	3
1.2. Principales problemas que presentan las familias.....	4
2. Caracterización de la entidad académica y los escenarios clínicos donde se realizó el trabajo clínico.....	5
2.1. Descripción de la entidad académica y los escenarios clínicos.....	5
2.2. Análisis sistémico de los escenarios.....	7
2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.....	7
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	12
3. Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna que sustentan los casos presentados.....	13
2.1.1 Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.....	13
2.1.2. El Equipo Reflexivo.....	22
2.1.3 Terapia Colaborativa.....	26
CAPÍTULO 3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.....	31
3. Habilidades clínicas terapéuticas.....	32
3.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia.....	32
3.1.1 Caso 1: Familia García.....	32
3.1.2 Caso 2: Familia Pérez.....	47

3.2. Análisis y discusión teórica de los casos seleccionados.....	57
3.2.1 Las adicciones. Una mirada sistémica y posmoderna.....	57
3.2.2 Análisis de los casos seleccionados.....	59
3.2.2.1 Análisis de la Familia García.....	59
3.2.2.2 Análisis de la Familia Pérez.....	63
3.3 Análisis del sistema terapéutico.....	67
3.4 Habilidades de investigación.....	67
3.5 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria.....	84
3.5.1 Productos Tecnológicos.....	84
3.5.2 Programas de Intervención Comunitaria.....	84
3.5.3 Asistencia y Presentación en Foros Académicos.....	85
3.5.4 Habilidades de desarrollo de compromiso y ética profesional.....	86
 CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES FINALES.....	88
4.1 Habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	89
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia.....	90
4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo....	92
 REFERENCIAS.....	92
 ANEXOS.....	96

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, tiene como objetivo mostrar mi experiencia a lo largo de mi formación integral en la Maestría de Terapia Familiar Sistémica. Describiendo las habilidades teóricas y prácticas que fui desarrollando durante el proceso formativo de la maestría. También se da voz a la reflexión sobre el crecimiento personal y humano que se experimenta como estudiante de esta residencia.

Este reporte deja ver el proceso formativo que se lleva a cabo con los alumnos dentro de la maestría para ir adquiriendo los conocimientos, las habilidades, y competencias, que nos llevan a un actuar desde una visión sistémica integral, compleja y con ética profesional.

A través del capítulo 1, se da un panorama general del problema del alcoholismo y el abuso de otras sustancias, como un fenómeno complejo. Considerando las estadísticas de consumo en nuestro país, así como los principales problemas que presentan las familias con un miembro con problemas de consumo. También se explica la forma y el contexto del trabajo práctico en los diferentes escenarios clínicos. En el capítulo dos se presentan los modelos de intervención que fueron utilizados en los casos seleccionados para el presente reporte.

En el capítulo 3, se realiza una descripción de los casos presentados para el posterior análisis. Se desarrolla el tema de las adicciones desde una mirada sistémica y posmoderna. Se presentan las habilidades de investigación desarrolladas durante la maestría, también se mencionan los productos tecnológicos tanto en manuales como en videos que se realizaron durante la formación de terapia familiar sistémica.

Se termina con el capítulo 4, donde se expresan las habilidades y competencias tanto profesionales como personales durante la maestría.

# Capítulo 1

## Antecedentes y Contexto de la Terapia Familiar

## **1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA.**

### **1. 1. Características del campo psicosocial.**

La estructura familiar en nuestro país, está en constante movimiento, el patriarcado ha ido perdiendo relevancia, sin embargo la familia sigue siendo prioritaria y forma parte de la identidad del mexicano. A través de ella se transmiten valores, costumbres, rituales. Desde esta perspectiva el consumo de alcohol y otras drogas deja de ser un problema individual para pasar a una problemática multifactorial a nivel de salud pública y social.

Según la Organización Panamericana de la Salud, en México se mueren aproximadamente 24 mil personas al año en accidentes automovilísticos relacionados con el consumo de alcohol (OPS, 2013). Otro aspecto que mantiene una relación directa con el consumo de alcohol y drogas son los delitos cometidos en el país, en un estudio realizado por Vilalta, (2010) ubica entre los siete delitos más frecuentes: el robo con violencia, el robo simple, el homicidio doloso, los delitos contra la salud, el homicidio culposo, los delitos sexuales y el secuestro. Y a nivel de salud la problemática del consumo de alcohol es considerado un factor determinante para algunos trastornos neuropsiquiátricos y de enfermedades no transmisibles como afecciones cardiovasculares, cirrosis hepática, y diversos tipos de cánceres (Ahumada-Cortez, Gámez-Medina y Valdez-Montero, 2017).

Para dar un panorama del consumo en nuestro país citaré algunos de los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 ENCODAT (2016.).

En la población de 12 a 65 años la posible dependencia al consumo de alcohol se presenta en 2.2% en la población total (1.8 millones), tomando en cuenta el sexo se tiene un porcentaje de hombres de 3.9% y de mujeres de 0.6%. Mientras que de manera más específica, en la población adolescente de 12 a 17 años, la posible dependencia se encuentra en 115 mil personas, de las cuales el 0.9% son hombres y el 0.7% son mujeres. La diferencia en el índice de posible dependencia y de consumo excesivo entre hombres y mujeres adolescentes es menor que la encontrada entre la población adulta. Por cada hombre adolescente que presenta posible dependencia hay una mujer; mientras que en la población adulta por cada siete hombres hay una mujer. La edad de inicio del consumo de alcohol en promedio es a los 17 años de edad en un 53.1%, de ahí que sea un motivo de preocupación, siendo de gran relevancia la prevención en los adolescentes. Por otro lado, se da mayor probabilidad de presentar dependencia de alcohol cuando la edad de inicio del

consumo de alcohol es temprana y disminuye en la medida en que se retrasa la edad de inicio.

La experimentación con drogas, el continuar usándolas y el policonsumo son más frecuentes entre quienes se iniciaron en el consumo de alcohol antes de los 15 años (Medina-Mora, Peña-Corona, Cravioto y Kuri, 2002).

Respecto al consumo de drogas 546 mil personas presentan una dependencia al consumo de drogas. La edad de inicio de consumo de drogas es de 17.8 años (en los hombres a los 17.7 años y en las mujeres a los 18.2 años). De las personas que presentan la posible dependencia sólo el 20.3% ha asistido a tratamiento (ENCODAT, 2016).

Con los datos anteriores podemos mencionar que son cifras relevantes de las personas que tienen una posible dependencia a alcohol o drogas, sin embargo el impacto del fenómeno adictivo tiene un alcance mayor, ya que en una familia que hay una persona con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, las consecuencias negativas no sólo son para la persona que las consume sino para la red social cercana. En el apartado posterior se mencionan las dificultades que generalmente experimentan estas familias.

## **1. 2. Principales problemas que presentan las familias.**

En una familia con un miembro que consume alcohol y/o sustancias psicoactivas, se establece una dinámica difícil de afrontar, es decir que la familia también es víctima del fenómeno adictivo. También están las familias donde hay más de un integrante de la familia con problemas de consumo de sustancias, de hecho un factor de riesgo para el consumo de los adolescentes, es el problema de consumo de los padres de familia, u otros adultos del sistema familiar (Ruiz, Herrera, Martínez y Supervielle, 2014).

En diversos estudios se han encontrado distintos estresores familiares a consecuencia de las drogas, entre algunos son los problemas económicos, y la preocupación por la salud del usuario, los que afectan la vida social de la familia, conllevando a diversos miembros de la misma, sino es que a todos, a sentimientos negativos (ansiedad, depresión, culpa, enojo), deterioro en el estilo de vida (alteración del sueño, estado de salud pobre), entre otros (Natera, Tiburcio, Mora y Orford, 2009).

En el ámbito clínico se puede observar cómo los distintos integrantes de la familia quedan afectados, siendo que en muchas ocasiones quien solicita el servicio es algún miembro de la

familia que no es quien consume, pero acude por el tema de adicción de uno de sus familiares, pues ha desarrollado depresión, tristeza, desesperanza, culpa entre otras. Cuando esto sucede se otorga la atención a uno o varios miembros de la familia, sin la necesidad que acuda la persona que tiene un problema de adicción, debido a que desde la visión sistémica cuando se da un cambio en alguno de los miembros de la familia, se da un cambio en la dinámica familiar completa. Por tal motivo son importantes acciones de prevención y/o tratamiento con las familias, que permita la disminución de la tensión y posibiliten la disminución del consumo, impactando de forma positiva en la dinámica familiar.

En nuestro país el consumo de alcohol es culturalmente permitido, las reglas y normas culturales, por ejemplo son más permisivas en el consumo de los hombres, por lo que en las esposas, y las madres, recae la responsabilidad de cuidar y controlar los problemas que las adicciones conllevan. Dentro de los grupos de ayuda mutua a este fenómeno se le llama Codependencia, es decir te haces dependiente de una persona que tiene una adicción a sustancias psicoactivas (Natera *et al*, 2009).

Durante los dos años escolares que duró la Maestría en Terapia Familiar Sistémica, tuve la oportunidad de atender y presenciar la intervención con dos familias que tenían problemas de consumo de sustancias psicoactivas. Y efectivamente se observó que toda la familia, presentaba preocupación, angustia, problemas económicos generados por el consumo, por lo que resulta indispensable la intervención sistémica en la familia, logrando cambios en los miembros que la componen.

## **2. CARACTERIZACIÓN DE LA ENTIDAD ACADÉMICA Y LOS ESCENARIOS CLÍNICOS DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO.**

### **2. 1. Descripción de la entidad académica y los escenarios clínicos.**

Las prácticas clínicas, se llevaron a cabo en tres sedes: La Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, La Clínica Familiar del ISSSTE de Valle Ceylán y la Clínica del CCH Azcapotzalco.

La Clínica de Terapia Familiar Iztacala se encuentra en el primer piso del edificio del Endoperiodontología. Esta conformada por unas sillas de espera a la entrada de la clínica, y

dos salas, una de ellas tiene sillas destinadas a la familia y de frente una silla para el terapeuta, quien se coloca de espaldas a un espejo bidireccional, lo que permite observar la sesión a los demás miembros del equipo terapéutico, que se encuentran en la sala contigua atrás del espejo. Hay instalada una línea telefónica en cada una de las salas, lo que permite estar en comunicación entre el equipo terapéutico y recibir de parte del supervisor observaciones, preguntas y comentarios hacia el terapeuta a cargo. Se cuenta con una videgrabadora que permite guardar las sesiones, las cuales son utilizadas como material de consulta para los integrantes de la maestría de diferentes generaciones.

Las supervisoras a cargo de esta Sede fueron la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo, la Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky, la Dra. Nélida Padilla Gámez, la Mtra. Laura Edith Pérez Laborde, la Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda y en el cuarto semestre, se comenzó a brindar el servicio por las tardes, a cargo de la Mtra. Carmen Susana González Montoya. La lista de espera y asignación de usuarios estuvieron a cargo de diferentes compañeras de la maestría.

La Clínica Familiar del ISSSTE de Valle de Ceylán se encuentra en Tlalnepantla de Baz, Edo. de México. La práctica clínica se realizó en el consultorio de Psicología de la clínica. Hay ubicada una sala de espera en la clínica para los diversos servicios que se ofrecen. Dentro del consultorio se encuentran sillas para la familia y de frente un asiento para el terapeuta a cargo, quien le da la espalda a los demás miembros del equipo terapéutico. Es decir que todo el equipo terapéutico se encuentra dentro del mismo consultorio, hay de frente al terapeuta un pizarrón donde las supervisoras escriben comentarios, realizan preguntas y/o sugerencias. En esta sede la lista de espera y asignación de usuarios estaba a cargo de la psicóloga de la institución. Las supervisoras a cargo fueron la Mtra. Carmen Susana González Montoya y la Mtra. María Rosario Espinosa Salcido.

El servicio de la clínica del CCH Azcapotzalco, se llevó acabo en la sala de lectura, ubicada en la parte norte del colegio. A la entrada se encuentran unas sillas de espera, posteriormente hay una sala que cuenta con dos mesas y sillas para el equipo terapéutico (compañeros y supervisor), a un lado de espaldas se encuentran ubicadas unas sillas para la familia y de frente una silla para el terapeuta a cargo. Junto al equipo terapéutico se ubica un pizarrón donde el supervisor, realiza comentarios, preguntas y sugerencias. En cada sesión se instala una videgrabadora para guardar la sesión en vivo. El encargado de esta

sede por la mañana fue el Dr. Alexis Ibarra Martínez y en el tercer semestre, se añadieron más horas de práctica clínica, quedando como encargada del turno vespertino la Mtra. Carmen Susana González Montoya. La lista de pacientes en espera estaba a cargo del equipo terapéutico que estuviera trabajando en dicha sede y el Departamento de Psicopedagogía del colegio, el cual se encargaba de canalizar a los alumnos y a sus familias al servicio de terapia familiar.

## **2. 2. Análisis sistémico de los escenarios clínicos**

La forma de trabajo en los distintos escenarios clínicos tiene una bases sistémica-relacional que parte de la cibernética de segundo orden, donde el observador es a su vez observado e interactúan una serie de sistemas: el sistema del terapeuta y la familia, el sistema del terapeuta y el equipo, el sistema del equipo y el supervisor, el sistema del equipo y la familia; formando entre todo un sistema terapéutico total.

Esta metodología cambió de manera significativa la psicoterapia ya que por un lado, se puede adoptar una posición y ser observado y, por otro, revisar la posición en que se está ubicado a través de la mirada del otro. Así mismo desde el papel de observador (equipo y supervisor) y de observado (terapeuta), se pueden advertir situaciones que el terapeuta no se daría cuenta por ser parte del sistema terapeuta-familia (Hoffman, 2005).

En los diversos escenarios de formación de la Maestría en Terapia Familiar Sistémica, se trabaja bajo esta epistemología-metodología de tal manera que se brinda al estudiante una formación supervisada y retroalimentada en la interacción con la familia, facilitando el aprendizaje y proceder ético con los usuarios al brindarles un servicio de calidad.

## **2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico**

El grupo de la maestría se dividió en dos equipos para las prácticas clínicas de residencia, alternando cada semestre dos sedes, el CCH Azcapotzalco y la Clínica del ISSSTE. El primer semestre estuvo enfocado en la observación de la forma de trabajo de los equipos terapéuticos de la generación que cursaba el tercer semestre. En el segundo semestre nos incorporamos a la práctica clínica como terapeutas tanto en la Clínica de Iztacala como en el CCH Azcapotzalco, donde nos supervisaron la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo y el Dr. Alexis Ibarra Martínez. El tercer semestre brindamos nuestro servicio en las tres sedes,

siendo supervisados en la Clínica del ISSSTE por la Mtra. Rosario y la Mtra. Susana, en el CCH Azcapotzalco también por la Mtra. Susana y continuamos en la clínica de Iztacala bajo la supervisión de la Mtra. Ofelia Desatnik y la Dra. Nélica Padilla. El cuarto semestre en la Clínica de Iztacala supervisados por la Mtra. Laura Edith turno matutino y en la tarde por la Mtra. Susana, y, en el CCH Azcapotzalco por el Dr. Alexis.

A continuación, presento una tabla que resume los casos que atendí como terapeuta en las diferentes sedes con sus respectivas/os supervisoras/os:

<b>Sede y semestre</b>	<b>Supervisoras/ Supervisor</b>	<b>Familia o consultante</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>No. de sesiones y estatus</b>
FES Iztacala 2o. semestre	Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo	Fabiola Sandoval	Problemas con su pareja	Seis sesiones  Alta
CCH Azcapotzalco 2o. semestre	Dr. Alexis Ibarra Martínez	Familia Carmona	Problemas entre los padres e hijas	Cinco sesiones.  Alta
		Carlos García	Problemas de rendimiento académico	Cinco sesiones. Se sugirió continuar con el proceso terapéutico debido a que terminó el semestre.
FES Iztacala 3er. semestre	Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky y Dra. Nélica Padilla Gámez	Familia Castillo López	Preocupación de los hijos por la separación de los padres	Siete sesiones.  Se sugirió continuar con el proceso terapéutico debido a que terminó el semestre.
		Familia Salazar Maldonado	Separación de los padres	Seis sesiones.  Alta

ISSSTE 3er. semestre	Mtra. Carmen Susana González Montoya	Familia Jiménez Sánchez	Abuso sexual en una de las hijas por un familiar	Seis Sesiones. Alta
	Dra. María Rosario Espinosa Salcido	Karina Santiago Núñez	Situación de duelo, por el fallecimiento del esposo	Siete sesiones. Alta
CCH Azcapotzalco 3er. semestre	Mtra. Carmen Susana González Montoya	Adriana Miranda Saltillo	Bajo rendimiento académico	Tres sesiones. Baja por inasistencia
FES Iztacala 4o semestre	Mtra. Laura Edith Pérez Laborde.	* Familia García	Problemas de consumo de alcohol del hijo	Siete sesiones. Se canaliza a la institución Juventud Luz y Esperanza I.A.P. para el tratamiento de adicciones.
	Mtra. Carmen Susana González Montoya.	Fam. Vázquez Huerta.	Problemas entre madre e hija adolescente.	3 sesiones. Se sugiere solicitar nuevamente el servicio, ya que el semestre terminó y no se dio de alta a la familia.
CCH Azcapotzalco 4o semestre.	Dr. Alexis Ibarra Martínez	Irma Castillo Suarez	Problemas con su hijo por conductas violentas	Tres sesiones. Baja por inasistencia

Sede y semestre	Supervisoras/ Supervisor	Familia o consultante	Motivo de consulta	No. de sesiones y estatus
CCH Azcapotzalco 4o semestre.	Dr. Alexis Ibarra Martínez	* * Familia Pérez	Problemas de conducta (consumo) de su hija	Siete sesiones. Se canaliza a la institución Juventud Luz y Esperanza I.A.P.

				para el tratamiento de adicciones.
--	--	--	--	------------------------------------

Las dos Familias cuyos espacios están sombreados son los casos que son presentados en el presente trabajo: \* Familia García donde fui la terapeuta \* \* Familia Pérez, mi rol fue como observadora dentro del equipo terapéutico. El caso estuvo a cargo de mi compañera Adriana Ortiz Arellano.

Como se puede observar en la tabla anterior, durante los distintos semestres que conforman la maestría se atendieron diferentes casos, sin embargo en común todas estaban conformadas por cinco fases las sesiones, antecedidas por el inicio del proceso terapéutico con la llamada telefónica y el consentimiento informado.

A continuación se describe la manera general de trabajo en todas las sedes

- Llamada telefónica: una vez que la familia solicitaba el servicio, se asignaba el terapeuta responsable del caso, a quien se le daban los datos de contacto (numero telefónico) y se ponía en comunicación con un miembro de la familia, para conocer de forma breve el motivo de consulta, los integrantes que estaban implicados y la disponibilidad de horarios de atención
  - Consentimiento informado: en la primera cita, se abría el expediente acompañado de este documento, donde firman los implicados: consultantes y terapeuta (Ver capítulo 5, Consideraciones éticas que emergen de su práctica profesional).
- 1) Pre-sesión: en la primer etapa el equipo terapéutico se reúne para comentar sobre lo que se trato en la llamada telefónica, sobre el motivo de consulta o lo que se trato sobre la sesión anterior y/o argumentar cual es la dirección del proceso terapéutico en las sesión posterior.
  - 2) Sesión: esta se refiere cuando se presenta la familia y se da la intervención con el terapeuta.
  - 3) Discusión de la sesión: se realiza una pausa con la familia, durante la cual el terapeuta se reúne con el demás equipo terapéutico, se comentan las prescripciones que se dejaran a la familia o consultante.
  - 4) Cierre de la sesión: en esta fase el terapeuta se incorpora de nuevo con la familia o los consultantes, para señalar la tareas a seguir, realiza algunos comentarios y da por terminada la sesión.

- 5) Post sesión: el terapeuta a cargo de la familia/consultante, elabora el acta de la sesión (posterior a la sesión), la cual incluía un resumen de lo abordado en la sesión y algunos objetivos para la siguiente cita, esto con la finalidad de ir completando el expediente clínico y también como una cuestión didáctica de aprendizaje de las habilidades terapéuticas y seguimiento de los casos por parte del equipo terapéutico.

Es importante acotar que durante el 4to semestre, en la supervisión con el Dr. Alexis en el CCH, se empleó durante las supervisiones el equipo reflexivo. El proceso inicia de forma similar a la anterior, únicamente que, en lugar de hacer la pausa en donde se reúne el equipo terapéutico, se hace una pausa para que tanto la familia como el terapeuta, escuchen las ideas que surgen del equipo terapéutico, posteriormente el terapeuta comenta con la familia o el consultante las reflexiones, emociones, sentimientos.

# Capítulo 2

## Marco Teórico

## **2. Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de terapia familiar sistémica y posmoderna que sustentan los casos presentados**

### **2.1.1 Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones**

El modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, se enfoca en resaltar los recursos, capacidades, fuerzas, soluciones, competencias y posibilidades de los clientes. Es una terapia que se caracteriza por su orientación hacia el futuro, interesada en resolver las problemáticas presentadas por los clientes, más que ir hacia su origen y el cómo se mantienen (O'Hanlon y Weiner-Davis 2014). El enfoque de terapia breve centrado en la solución fue elaborado por Steve de Shazer y sus colegas del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Wisconsin (Selekman 1996). A continuación se realiza una breve reseña de los aportes de los más influyentes precursores de la Terapia Centrada en Soluciones:

#### a) Milton Erickson. Un terapeuta poco convencional

Erickson realizó importantes y diversas aportaciones a la hipnosis, a la terapia breve y a la terapia familiar (Selekman, 1996). Sus intervenciones no se basaban en ninguna teoría psicopatológica, especulaba muy poco sobre el origen de los problemas, y consideraba que los clientes contaban con los recursos necesarios para lograr los cambios que buscaban hacer (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2014).

Dos supuestos básicos que contribuyeron al modelo de terapia breve centrado en la solución fue que todos los pacientes cuentan con fuerzas y recursos para cambiar, capitalizando todo lo que los pacientes llevaban a terapia: su lenguaje, sus creencias, sus fuerzas y recursos, su sentido del humor y sus conductas no verbales (Selekman, 1996). El otro aspecto retomado fue utilizar el futuro para construir soluciones hipotéticas con los pacientes.

b) El Mental Research Institute (MRI)

En 1966, el Mental Research Institute (MRI) inició un proyecto de terapia breve que se caracterizaba por trabajar en un margen de 10 sesiones. En este enfoque sólo se intenta resolver los problemas que los clientes llevan a terapia y se considera que los problemas son a nivel interaccional. En este enfoque se considera que los problemas se mantienen por los intentos ineficaces de las personas para resolverlos, es decir el problema es el intento de solución el cual fue retomado en el modelo de soluciones, evitando “más de los mismo” tanto por parte de los clientes como por los propios terapeutas (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014).

c) Centro de Terapia Familiar Breve

Este modelo se desarrolla en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Wisconsin, el cual está fundamentado esencialmente en el supuesto de que todos los pacientes cuentan con las fuerzas y recursos para cambiar, y de la idea de que ningún problema sucede todo el tiempo, es decir de que existen excepciones (Selekman, 1996). Desde este modelo la “resistencia” no existe y los terapeutas están convencidos que se desea el cambio, cada cliente tiene sus propias características las cuales tienen que ser vistas por el terapeuta como formas de cooperar y utilizarlas en la resolución del problema (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014).

### **Principios Básicos**

Dentro del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, existen supuestos básicos que dan cuenta de sus fundamentos teóricos y al mismo tiempo resultan pragmáticos para un terapeuta como una lente para enfocar los casos terapéuticos.

- ✓ La resistencia no es un concepto útil. Este concepto es una idea que ha perjudicado a los terapeutas, restringiendo sus maniobras terapéuticas, determinando que el cliente no desea cambiar, en vez de buscar una posición de cooperación con el paciente (Selekman, 1996).

- ✓ La cooperación es inevitable. Los terapeutas pueden usar todo lo que los pacientes traen a terapia: sus fuerzas, sus recursos, sus creencias; para mejorar el proceso de cooperación. Para Selekman (1996), otras herramientas son: rotular positivamente, utilizar el humor, normalizar el problema, elogiar.
- ✓ Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus problemas y cambiar cualquier logro que haya tenido el paciente en el pasado sirve para logros en el presente y en el futuro. Una tarea del terapeuta es ayudar a recordar al cliente esos logros, que en algún momento perdieron de vista por estar preocupados por el problema (Selekman, 1996 y O'Hanlon y Weiner-Davis, 2014).
- ✓ El cambio es constante. El terapeuta cree y actúa de acuerdo a la premisa que el cambio es inevitable, es decir sabe que la situación de los pacientes está en constante dinamismo, y en todo caso lo que no cambia es su premisa estancada que tienen sobre el problema. La tarea del terapeuta es iluminar y ampliar el cambio (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2014).
- ✓ No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo. Los terapeutas orientados hacia las soluciones, no encuentran la utilidad a buscar la información histórica sobre el problema, en ocasiones se ha observado que el terapeuta se queda atascado ante la inmensidad de información, y obtiene poca información relacionada a la solución (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2014).
- ✓ Sólo es necesario un cambio pequeño. Erickson sostenía que los cambios pequeños desencadenaban otros mayores. Así otra característica del cambio es que es contagioso, un cambio en una parte del sistema, produce un cambio en otra parte del sistema (Selekman, 1996 y O'Hanlon y Weiner-Davis, 2014).
- ✓ Los clientes definen los objetivos. Los terapeutas centrados en las soluciones, no creen que haya una única forma "correcta" o "válida" de forma de vida, por lo que cada cliente tiene un interés único, por lo que ellos son los que identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento. La tarea del terapeuta es negociar y co-crear soluciones accesibles y objetivos de tratamiento realistas (Selekman, 1996 y O'Hanlon y Weiner-Davis, 2014).
- ✓ El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos. La duración del tratamiento varía pero generalmente es menor a las diez sesiones, habitualmente se

da entre cuatro o cinco y ocasionalmente una. Quizá el factor más importante que contribuye a la expectativa de cambio en el cliente es que el terapeuta cree en que el cambio se puede dar en corto tiempo (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2014).

## La Primera Entrevista

Un terapeuta desde este modelo considera ciertos elementos al inicio del proceso terapéutico (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2014), enseguida se describen :

- De inicio se da la *Unión* o encuentro entre el cliente y el terapeuta, se establece el rapport, se muestra un interés genuino, se busca que se sienta cómodo, se presta atención a todo siendo que esto se utiliza a favor de la cooperación del cliente. Se solicita una *breve descripción del problema*, a través de las preguntas ¿qué te trae por aquí? ¿en qué puedo serles útil?. Desde la descripción se van *rastreando las excepciones* por medio de preguntas ¿qué es diferente en las ocasiones en las que no se presenta el problema?, ¿de qué manera esto es diferente de la forma en que lo hubiera manejado hace un mes?; se indaga sobre los intentos de solución al problema mencionado y se buscan los recursos de las personas.
- Se da paso a *normalizar y despatologizar* la situación del cliente, llevándolo a algo normal, cotidiano y posible. Se definen los *objetivos terapéuticos*, los cuales deben ser importantes para los pacientes, ser limitados, concretos es decir deben ser establecidos en términos de conducta (Berg y Miller, 1996).
- *Evaluar a la clientela*: De Shazer (1988) en Selekman 1996, distingue tres modelos diferentes en la relación terapeuta-familia: los *visitantes*, cuando tanto un joven y la familia son enviados al servicio por una institución escolar, legal, etc. y lo más común es que no aceptan sus conflictos cuando se les pregunta si tienen algún problema; los *demandantes*, suelen ser los padres o algún profesor del colegio, quienes se preocupan mucho por ciertos aspectos de la conducta del paciente, sin embargo, no se consideran parte del proceso de resolución del problema y los *clientes*, es la persona que se presenta a terapia y desea trabajar con el terapeuta para resolver un problema específico. Los clientes son generalmente los padres o los

adolescentes que deciden convertirse en clientes cuando el terapeuta ha negociado o maniobrado algún acuerdo.

## **FORMAS DE INTERVENCIÓN:**

Desde este Modelo existen diversas formas de intervención, a continuación se describen:

### **a) Preguntas del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones**

El terapeuta centrado en la solución, formula preguntas con un propósito determinado, evaluando cuidadosamente las pautas de respuesta de la familia y adecuando las preguntas a dichas pautas. A continuación se desglosan brevemente los diversos tipos de pregunta que se pueden realizar:

*Preguntas presuposicionales:* Están diseñadas para ser usadas como intervención, influye en la percepción de los clientes, promoviendo sus recursos y los enriquecen. Una regla básica es mantener las preguntas abiertas, evitando las respuestas cortas “si o no”. Las respuestas a estas preguntas llevan a la premisa de que el cambio es inevitable p. ej. ¿Cómo sabrás que ya no necesitas venir aquí? (Selekman, 1996 y O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014).

*Preguntas de excepción al problema:* En una entrevista se iluminan todas las verbalizaciones (de ideas, sentimientos, conductas) que van en contra de lo esperado, es decir en las que no se da la conducta problema, esto permite focalizar las fortalezas y recursos del cliente y demostrar que existe un potencial hacia el cambio p. ej. ¿Qué es diferente en las ocasiones en que las cosas van bien? (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014).

*Preguntas de escala:* Sirven para obtener una medición cuantitativa, que permite establecer metas claras, identificar avances y atribuir responsabilidades por los cambios conseguidos al cliente, cuando se utilizan generalmente es al final de las sesiones, como medición de la evolución del proceso terapéutico. Ejemplo: dentro de una escala de 1 a 10, donde 1 representa el peor momento del problema y 10 el momento en donde todo se ha solucionado. ¿En qué punto de la escala se encuentran en este momento? (Selekman, 1996 y O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014).

*Preguntas de proyección al futuro:* Cuando al cliente se le dificulta recordar excepciones y pareciera no hay datos de soluciones presentes o pasadas; se le pide al cliente imagine el futuro donde el problema esta resuelto, lo describe detalladamente, y esto forma parte de la solución ¿En qué será diferente su vida? ¿Cómo responderás? (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014).

*Pregunta del milagro:* Es útil para determinar los objetivos accesibles y para obtener una descripción de lo que seria el resultado ideal para el paciente una vez solucionado su problema. Un ejemplo de secuencia de este procedimiento es el siguiente: “Ustedes regresan a casa esta noche y mientras duermen se produce un milagro y el problema se resuelve” ¿Por qué dirán, que se ha producido un milagro? ¿qué cosas serán diferentes? ¿quién se sorprenderá más...? (Selekmán, 1996).

## **b) Excepciones**

Dentro del modelo se utilizan de forma significativa las *excepciones*, hay cinco pasos para llevarlas a cabo (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014):

-Elicitar: Traer el tema de las excepciones ¿qué es diferente en las ocasiones en qué...?, generalmente los clientes no han puesto atención a estas situaciones, por lo que en ocasiones pueden verbalizar que el problema se da en todo momento, ante lo cual se solicita hablar de cuándo es menos grave, menos frecuente, de menor duración, etc.

-“Marcar” la excepción: ninguna excepción debe ser desapercibida para el cliente o los miembros de la familia, siendo tarea del terapeuta, marcar la diferencia y felicitar por los buenos resultados.

-Ampliar: Identificada la excepción hablar de ella el mayor tiempo posible y de manera detallada. Así mismo se obtiene información que puede ser útil para conductas futuras ¿quién más advirtió qué...?

-Atribuir el control: Se identifica qué cosas hicieron los clientes que permitiera darse la excepción ¿Cómo conseguiste que dejara o terminara de...?. Los clientes comienzan a ver una relación entre lo que hacen o pueden hacer.

-Seguir: Cuando la excepción ha pasado por las etapas anteriores, es importante preguntar

que más excepciones se han dado.

## **b) Tareas**

Cuando se habla de “tareas terapéuticas” nos referimos a las propuestas que un terapeuta hace a sus consultantes para el tiempo entre sesiones. Estas pueden ser más cognitivas o más conductuales y también tener un contenido emocional, su objetivo es promover que los consultantes que acuden a una terapia cambien fuera de la sesión en el sentido deseado (Beyebach y Herrero de Vega, 2010). Algunas tareas centrales dentro de la Terapia Breve Centrada en Soluciones son:

- *Tarea de fórmula de la primera sesión:* Consiste en pedirle al cliente que observe las cosas que van bien en su vida. “Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, a nosotros nos gustaría que observe, de modo que pueda describirnos la próxima vez lo que ocurre en su (elija: familia, vida, matrimonio, relación) que usted quiera que continúe ocurriendo” (De Shazer, 2014, p.150). Aunque no se les pide a los clientes que hagan algo nuevo o diferente, ellos suelen hacer algo, modificando su comportamiento (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014).
- *La tarea sorpresa para las parejas o las familias:* Esta tarea tiene aspectos lúdicos, haciendo cambiar el contexto de dificultad, es decir lo que pudo presentarse como batalla por meses o años, ahora puede tener un toque divertido; esto permite que patrones de conducta ya establecidos y que generan problemas, se vuelvan más impredecibles. p. ej. a una parte de la familia, puede ser el adolescente, se le solicita que realice una o dos cosas que sorprendan a sus padres, por su lado la tarea de los padres consiste en adivinar, cual fue la conducta; se les pide no compartan información y se revisará en la siguiente sesión (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014).
- *La tarea genérica:* Es utilizada cuando los objetivos son poco concretos, “quisiera estar más alegre”, se le sugiere fijarse durante la semana, en aquellas cosas que la hacen sentir más alegre, generalmente se logra una definición más clara del objetivo por parte del cliente (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014).
- *Simular que el milagro ha sucedido:* Cuando la familia es incapaz de identificar excepciones, se rastrean los cambios que desearían por cierto miembro de la familia,

por otra parte a este miembro de la familia se le solicita simular la conducta y sorprender a la familia, generalmente a la siguiente sesión la familia ya identifica excepciones (Selekman, 1996).

- *Hacer algo diferente*: Este tipo de intervención se denomina “llave maestra”, se utiliza cuando ambas partes en una familia ya tienen como predecible la conducta del otro, por lo que se le pide a una de las partes reaccionar de forma distinta, generalmente se rompe un ciclo repetitivo de conducta y se genera un cambio p. ej. se le indica a los padres que a partir de ese momento y hasta la próxima sesión, reaccionaran diferente a una situación, de cómo siempre lo hacen, no importando cuán extravagante, insólito o ridículo pueda parecer (Selekman, 1996).
- *La tarea de predecir el futuro*: Esta tarea se recomienda para los casos en donde las excepciones registradas se producen espontáneamente, es decir ninguna parte de la familia distingue una constancia en su momento de aparición. Dicha tarea suele desencadenar en los pacientes una profecía positiva de autocumplimiento. La tarea consiste en que una parte de la familia trata de lograr un cambio de conducta, y la otra parte predice en que momento se dio la conducta, eso permite distinguir las excepciones (Selekman, 1996).
- *Hacer más de lo que funciona*: Cuando desde un inicio se presentan excepciones deliberadas, se “prescribe más de lo que funciona”, lo que permite ampliar las pautas excepcionales y registrar nuevos cambios en la situación familiar (Selekman, 1996).

### **c) Intervenciones sobre patrones**

En el modelo existen dos tipos de intervenciones: sobre *el patrón de la queja* y sobre *el patrón del contexto*. En la primera, el terapeuta hace que el cliente introduzca una modificación pequeña en el desarrollo de la queja y de este modo se da un cambio en el contexto. Algunas de las intervenciones a utilizarse son:

- Cambiar la frecuencia o tasa de la queja
- Cambiar el tiempo de ejecución de la queja
- Cambiar la duración de la queja

- Cambiar el lugar en el que se produce la queja
- Añadir un elemento nuevo al patrón de la queja
- Cambiar la secuencia de elementos
- Descomponer el patrón de la queja en elementos pequeños

Respecto a las intervenciones sobre el patrón del contexto, consisten en modificar los patrones que no tienen que ver directamente con la queja, es decir el terapeuta debe pedir prescripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2014).

#### **d) Secuencia Pesimista**

Cuando los clientes no responden a los esfuerzos del terapeuta hacia una actitud positiva y centrada en las excepciones, lo más sensato es conectarse a su propio nivel, desde una postura de cooperación. Generalmente esta forma de interrogatorio permite al cliente generar estrategias útiles para resolver el problema. Algunos ejemplos de preguntas pesimistas son: ¿Qué cree usted que pasará si las cosas no mejoran? ¿Quién sufrirá más? ¿qué es lo menos que puede hacer para lograr un pequeño cambio?. La secuencia pesimista también ayuda a recordar estrategias anteriores que tuvieron éxito (Selekmán, 1996).

Para la secuencia pesimista, hay algunas categorías a utilizar (Selekmán, 1996):

-Externalizar el problema: El conflicto se externaliza como un estilo de vida o pauta problemática o bien como un tirano externo que subyuga la familia, empleando un lenguaje cuidadoso y considerando las creencias del cliente.

-Preguntas centradas en el futuro: Estas preguntas son útiles en casos crónicos de clientes que se viven "atascados en el pasado". Sugieren acciones alternativas y fomentan el aprendizaje.

-Rastrear el problema: Cuando el terapeuta ha agotado las posibilidades del modelo centrado en la solución, puede emplear el enfoque de terapia breve del MRI centrado en el problema, enfocándose no solo en modificar la percepción que la familia tiene de la

situación problemática sino también en la interrupción de secuencia del problema.

-Preguntas conversacionales: Permiten que la conversación se desarrolle fluidamente, se elaboran desde la posición del “no saber”, donde el terapeuta se coloca en una situación de aprendizaje. Ej. tu has asistido a tratamientos previos ¿por qué crees que fracasaron? ¿qué cosas pasaron por alto?.

-Preguntas para consolidar el cambio: En esta categoría se logran ampliar los cambios familiares previos al tratamiento y refuerzan los ocurridos en la segunda y subsiguientes sesiones. Ejemplo ¿qué tendrías que hacer para que estos cambios continuaran?.

### **Consideraciones Finales**

Como se puede observar la Terapia Breve Centrada en Soluciones, no está interesada en realizar un diagnóstico clínico, ni en profundizar en los problemas, insistiendo en las deficiencias y limitaciones de la persona. Al contrario, se basa en la creación de soluciones, se centra en los puntos fuertes, explorando sus recursos actuales y sus esperanzas futuras. Al ser un modelo de terapia breve, puede proporcionar tratamientos eficaces de efectos duraderos en lapsos cortos, pero la brevedad es el resultado de haber realizado la intervención apropiada, lo cual se puede llevar a cabo, considerando a cada persona como única, y construyendo el proceso de la terapia.

#### **2.1.2 Equipo reflexivo**

Tom Andersen introdujo el modelo de equipo reflexivo por primera vez en la década de 1980 como una alternativa al equipo de estilo de Milán, en el que los clientes recibían un mensaje del equipo, entregado por el terapeuta familiar, que se caracterizaba por decir a los clientes lo que tenían que hacer y cómo debían comprender el problema. Sin embargo comenzó a sentir una incomodidad al asumir una posición de terapeuta experto, donde junto con el equipo terapéutico decidían que decir a la familia. Lo anterior dio como resultado que las familias tuvieran la posibilidad de ver y oír las deliberaciones del equipo terapéutico lo que permitía que ellos sacaran sus propias reflexiones, conclusiones y toma de

decisiones. Por otro lado este formato permitió a los terapeutas ir evolucionando en su comprensión de los procesos terapéuticos (Beltrán, 2004).

## **Fundamentos Teóricos**

Los argumentos teóricos del trabajo reflexivo tiene las ideas de Bateson sobre las diferencias y la diferencia que hace la diferencia, así como de las aportaciones de Maturana y Varela, a continuación se describen brevemente:

- Bateson, la diferencia y la diferencia que hace la diferencia

El concepto de información es definido por Bateson como la transmisión de las diferencias. Señaló que no vemos las cosas como algo en sí mismas, vemos algo como diferente de su entorno, a esto le llamo “establecer una diferencia”. Las diferencias disponibles son tantas que no se le presta atención a todas, en otras palabras hay siempre más para ver que lo que uno ve y aun más importante cada persona probablemente establecerá diferentes distinciones de una misma situación. Cuando se pregunta cuales son los aspectos de un “territorio” que pasan a un “mapa”, se dice que son las diferencias que hacen que distingamos entre un territorio y otro. Con esta metáfora explica la realidad que percibimos. Un objeto o situación (entendida como territorio) es inabarcable en su totalidad, es difícil percibir todas las diferencias, entonces vemos en él una selección de algunas de sus diferencias (el mapa). Es decir la realidad no es percibida por el sujeto como el territorio que es, sino como el mapa de diferencias que cada uno dibuja.

- Maturana y Varela

El observador no puede tener acceso a una realidad objetiva, sino que es constitutivamente participante de lo que se observa, proponiendo pasar de un Universo, esto es, de una realidad objetiva única que es la misma para todos a un Multiuniverso en el que hay tantas realidades como experiencias. Por lo tanto lo que existe son dominios, campos, sistemas de explicaciones para nuestras distintas experiencias conformadas por distintos significados, los que pueden o no coincidir con los de otras personas.

## **Supuestos Básicos**

El equipo reflexivo retoma las premisas de la postmodernidad, proponiendo premisas alternativas (Andersen, 2005):

- 1) Están las realidades múltiples, que permiten comprender contextualmente a una persona, sobre ideas generalizables y estables.
- 2) Una persona no esta gobernada por su centro interior, ya que en el interior de esta se encuentra una colectividad de la que forma parte.
- 3) El lenguaje además de informar, forma. El lenguaje forma lo que llegamos a pensar y comprender.
- 4) Todas las palabras son objetos de matizaciones sucesivas, es decir que tal como son habladas, oídas y escritas en papel, es que las palabras se refieren a otras palabras.

### **Estructura de las sesiones y los participantes del grupo reflexivo**

Dentro del equipo reflexivo, hay algunas variantes como el uso de la sala de observación. Generalmente se pregunta a los clientes si desean que el equipo este en la sala o del otro lado del espejo; así mismo también se les pregunta en el momento de las reflexiones, donde desean la presencia del equipo reflexivo.

Las sesiones inician dando un espacio a los clientes para hablar, donde el terapeuta va escuchando, se invita a los clientes a dar sus puntos de vista, dando espacio a sus relatos y comentar lo que creen necesario que el terapeuta conozca. Lo anterior resulta básico para lograr el diálogo.

Posteriormente el terapeuta se reúne con el equipo (en presencia de los clientes) y desarrollan un intercambio de ideas surgidas a partir de la conversación entre el terapeuta y los clientes. El terapeuta vuelve con los clientes y retoma con ellos los comentarios realizados por los miembros del equipo. Anderson, le llama a este proceso, “diálogos sobre los diálogos”. Presentar las reflexiones abiertamente con el terapeuta y los clientes, permite reconocerlos como colaboradores en el sistema terapéutico (Beltran, 2004). Según Andersen el diálogo se torna más significativo, si están presentes una o varias personas para verlos y oírlos, que es a lo que se le denomina “servir de testigos”.

El equipo reflexivo lleva a cabo los procesos reflectores, es decir que las conversaciones que se tienen con los clientes parecen ayudar a encontrar alternativas útiles según su propio criterio, una forma alternativa de estar en el mundo. Se alcanza un equilibrio cuando tanto el terapeuta como los integrantes de la familia “se dan permiso” de discutir sus ideas. Esto basado en el círculo hermenéutico, relacionado a Martin Heidegger y Hans Georg Gadamer, donde postula que todos vivimos nuestras vidas de acuerdo al marco vital que nos ha estructurado en el pasado. Una búsqueda de significados de cómo nos entendemos y cómo entendemos al mundo que nos rodea. Nuestra forma de entender influirá directamente en cómo nos relacionamos con nosotros mismos y con los demás. Sin embargo cuando entendemos algo que no habíamos visto o escuchado, la experiencia se retroalimenta matizándola, cambiándola, ampliándola y se da el círculo hermenéutico (Andersen, 1995). Tom Andersen en (Beltran, 2004) señala, algunas normas para llevar a cabo procedimientos de conversaciones reflexivas:

- Las reflexiones del equipo son basadas sobre algo expresado por los clientes en la conversación
- Se les dice a los clientes que pueden escuchar o no, si así lo desean, la conversación del equipo
- Los miembros del equipo no transmiten información que pueda ser entendida por los integrantes del equipo como connotaciones negativas
- Cuando los clientes y el equipo están en la misma sala, se solicita a los miembros del equipo que se miren entre sí, esto para dar la libertad a los clientes de no escuchar.

### **Consideraciones Finales**

La práctica con equipo reflexivo es un espacio de conversación y posibilita el origen de nuevos significados. La terapia desde esta visión no es una técnica, sino un modo en que el terapeuta participa con las familias consultantes, en una relación igualitaria, y en donde se favorece la conversación. El equipo reflexivo es una alternativa para afrontar diversos problemas que presentan las personas o familias, donde en la conversación se dan nuevas descripciones, que posibilitan nuevos significados, nuevas formas de comprenderlo y actuar frente a esa realidad.

### 2.1.3 Terapia Colaborativa

El enfoque colaborativo esta representado por Harlene Anderson y Harold Goolishian, quienes fundaron el Galveston Family Institute , actualmente Houston Galveston Institute. Sus premisas se encuentran en el postmodernismo y el construccionismo social, reconociendo a la terapia como un conjunto de conversaciones igualitarias, centrándose en los recursos de las personas, donde el consultante y el terapeuta investigan sobre el “problema” y trabajan juntos para crear la “solución”, resultando de esto una terapia espontánea, flexible, reconociendo la singularidad de cada persona y las circunstancias de su vida (Agudelo y Estrada, 2013). Para Anderson (2012), la terapia colaborativa es “ un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativa, en una búsqueda conjunta de posibilidades” (pag.28).

El enfoque colaborativo, tiene algunas premisas filosóficas, que de acuerdo a Anderson (2012) son las siguientes:

1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
2. Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes, cuando construyen realidad.
3. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
4. La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.
5. El lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.
6. El conocimiento es relacional; esta inserto en el lenguaje y nuestras practicas cotidianas donde también se genera (pág. 29).

Estas premisas implican un movimiento en las definiciones del sistema social, proceso terapéutico, y posición de la terapeuta; dejando un sistema social definido por roles a uno

basado por el contexto, en el cual los individuos están interrelacionados a través del lenguaje, sin procesos de jerarquía y donde se da un proceso de colaboración. Ya no se basa en un terapeuta guiado por su conocimiento y en la búsqueda de causalidades sino se da una terapia centrada en generar posibilidades, el conocimiento está todo el tiempo en constante desarrollo y es compartido por el terapeuta. Y donde los cambios son consecuencia natural de un diálogo generador y la relación colaborativa (Anderson, 2012).

Otro aspecto es que al considerar al lenguaje generador de significados, “un problema” es entonces una cuestión a tratar en un discurso, donde no existe una realidad, sino realidades creadas socialmente y sostenidas por el lenguaje. Por tanto un problema tiene tantas definiciones como miembros que de alguna forma están involucrados en el problema, resultando tantas observaciones, comprensiones, causas, y soluciones. Es decir que pensar o hablar de un problema es mirar realidades múltiples.

En el enfoque colaborativo no existen técnicas como tal, sino una postura filosófica, una forma de estar en el mundo que no separa lo profesional y lo personal, la postura se caracteriza por una forma de pensar, hablar, actuar y responder con las personas que los terapeutas se encuentran en terapia (Anderson y Goolishian, 1988, citado en Anderson s/f).

#### **Algunas características sobre la postura son:**

- Socios de conversación: el terapeuta y el consultante son compañeros de conversación, con conversaciones dialógicas y de colaboración.
- El consultante como experto: el terapeuta sabe que el consultante es el experto de su vida, escucha, respeta y toma en cuenta todo detalle dentro del contexto.
- No-saber: el terapeuta no tiene la verdad, ni cree tener un conocimiento superior al del consultante, ofrecen lo que saben o piensan pero siempre de manera tentativa, como generadores de reflexión y dialogo.
- Ser público: el terapeuta hace que sus pensamientos, inquietudes, curiosidad sean visibles, no tratan de guiar la terapia desde hipótesis o pensamientos privados.
- Transformación mutua: el terapeuta no es un agente de cambio, es decir no es quien cambia a otro persona. Crea y facilita el espacio para la conversación y él al igual que el consultante se transforman durante el proceso terapéutico.

- Incertidumbre: ser terapeuta colaborativo implica e invita a la incertidumbre, es decir no se sabe con certeza el camino o final que tendrá la terapia, ya que esto se va dando dentro de las conversaciones dialógicas y colaborativas.
- Conversación cotidiana: La terapia se da como una conversación cotidiana, no jerárquica, en la que el lenguaje es cercano al consultante, siempre con un fin terapéutico.

### **Dialogo Colaborativo**

Anderson (2012) marca una serie de ideas que el terapeuta debe tomar en cuenta para generar un dialogo colaborativo, entre las cuales destacan:

- Interés en el lenguaje: el terapeuta presta mucha atención a su propio lenguaje y se adapta, como camaleones, al punto de vista del consultante, así como a las creencias de la familia. Logrando una mejor adecuación entre el cliente y la terapia, creando menos resistencia del cliente, posibilitando éxito en la terapia.
- Curiosidad: las historias peculiares de los consultantes resultan absorbentes y despiertan una verdadera curiosidad por sus puntos de vista y sus dilemas, lo que facilita una curiosidad natural y espontánea de hablar con la gente y entrar en relación con ella.
- Fomentar los lenguajes individuales: en lugar de aprender el lenguaje de una familia, es importante aprender los lenguajes particulares de cada miembro, ya que se generan diferencias entre las experiencias, las explicaciones y los significados atribuidos a un hecho. Estas diferencias son valiosas y pueden ser fructíferas, por lo que se procurará mantener la riqueza de las diferencias.
- Poner atención “uno por vez”: hay que poner profundo interés por cada persona y por cada versión, por lo que es importante hablar con un individuo a la vez, y a concentrarnos en esa conversación. Mientras se habla intensamente con una persona, las otras parecen escuchar en una forma que no habían observado antes. Las personas interrumpen y corrigen menos, se convierte en una escucha menos defensiva.

- Utilizar lenguaje cotidiano: cuando se cuenta la historia del cliente, tal como la cuentan los consultantes, captura la idiosincrasia del cliente y le hace cobrar vida a la historia. Se comienza a ver la singularidad de cada cliente y de sus circunstancias, lo singular de cada situación clínica, lo singular de cada relación terapeuta-cliente.
- No intervenciones: la charla se debe centrar en aprender el lenguaje y los significados de los clientes, esto facilita desechar opiniones “expertas” sobre como debería ser la gente, como deberían ser las intervenciones basadas en la pericia terapéutica. Los clientes participan en las conversaciones terapéuticas y suelen parecer coherentes y lógicas en los contextos de su familia. Lo que alguna vez fue una terapia vistosa, entretenida, con intervenciones bien diseñadas, comenzó a parecer sobria, ordinaria y hasta aburrida, sin embargo se volvió atractiva para un enfoque colaborativo.
- Suspensión del preconocimiento y atención a la pericia del cliente: al ir creciendo el interés por el conocimiento de la otra persona, el conocimiento del terapeuta se hizo menos importante. Cuando más se suspendía el propio conocimiento, más lugar quedaba para oír la voz del cliente y para que su pericia accediera al primer plano.
- Indagación compartida: la posición adoptada es una posición que invitaba, en forma natural y espontánea, a una indagación mutua o compartida. Los clientes se envuelven con los terapeutas en un proceso compartido de exploración de los problemas y desarrollo de posibilidades. La terapia dejó de ser un “hablar a” y se convirtió en un “hablar con”. Cliente y terapeuta se envuelven en la conversación, se une en un proceso de dar y recibir, un intercambio, un dialogo, un entrecruzamiento de ideas, opiniones y preguntas. Una conversación de doble vía, a la que se comenzó a describir como un proceso dialógico.
- Incertidumbre: en el enfoque colaborativo se está en un constante estado de incertidumbre, ya que es imposible predeterminedar o predecir el resultado y las consecuencias de las conversaciones terapéuticas, eso libera al terapeuta y genera una posición. Los terapeutas se pueden sentir libres de “no saber”, “de no tener que saber”.

## **Consideraciones Finales**

La práctica colaborativa proporciona una forma de terapia eficaz y altamente respetuosa, que valida los conocimientos y la experiencia del otro. La postura filosófica incluye la preocupación por el modo en que se utiliza el lenguaje, pues a través de este se construye el mundo, las identidades y valores que las personas dan a su vidas (Beltran, 2004).

# Capítulo 3

## Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

## 1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

### 3.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia<sup>1</sup>

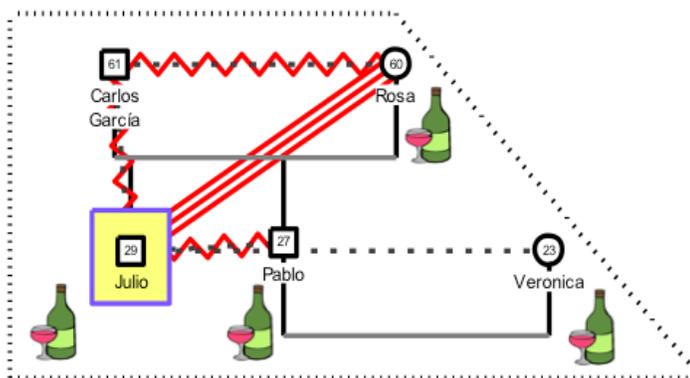
#### 3.1.1 Caso 1: Familia García

##### *Conformación Familiar*

La familia García esta integrada por la madre la Sra. Rosa, quien es jubilada del IMSS, el padre el Sr. Carlos quien es taxista. Ambos tienen dos hijos Julio y Pablo. Julio es el Paciente Identificado (PI) quien se encuentra en un programa de rehabilitación de adicciones en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz (INPRFM), y asiste a un Grupo de Alcohólicos Anónimos (AA).

Los padres y sus hijos viven en el mismo hogar junto con Verónica la novia de Pablo, quien vive con ellos desde hace 6 años, ella es del Estado de Michoacán y se vino a estudiar a la Ciudad de México. La madre de Verónica es amiga de la infancia de la Sra. Rosa.

##### *Familiograma*



##### *Motivo de consulta*

<sup>1</sup> Los nombres de los usuarios y familiares en los casos presentados, fueron modificados con la finalidad de guardar la confidencialidad y anonimato de las mismas.

Los padres fueron referidos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, para recibir Terapia familiar, debido a que su hijo Julio consume alcohol, quien tuvo una recaída y volvió a consumir por varias semanas seguidas. Están altamente preocupados porque ya ha estado anteriormente en tratamientos y vuelve a reincidir en la conducta de consumo<sup>2</sup>. También comentan que ha consumido otro tipo de drogas, pero con exactitud, desconocen cuales.

#### *Descripción de la problemática*

Para los padres la preocupación es Julio, quien continuamente se ha metido en problemas, por ejemplo ha llegado a golpear a la abuela materna, cambio de turno en la universidad por problemas asociados al consumo, perdió el trabajo en el IMSS en la área de farmacia, por lo que actualmente se encontraba en un juicio legal lo que implica grandes gastos para la Sra. Rosa. Al inicio de las sesiones la problemática se enfocó en el consumo de Julio. Conforme las sesiones fueron avanzando fueron surgiendo las relaciones conflictivas entre los miembros de la familia.

#### *Hipótesis sistémica planteada*

Julio quien se encuentra en un tratamiento de adicciones actualmente, es el centro de atención de la Familia García, lo que hace por un lado no hacer perceptible la relación distante y conflictiva entre los padres. Por otro lado, cuando el Sr. Carlos quiere poner límites a las conductas de su hijo Julio, la madre sale en su defensa, lo que hace que se perpetúe la conducta. Mientras están enfocados en el consumo de Julio, también pasa imperceptible para la familia el consumo de alcohol de la Sra. Rosa, del hijo menor Pablo y de su novia Verónica.

#### *Objetivos Terapéuticos*

- Abordar el tema de la individuación de Julio
- Promover la cooperación como padres ante la conducta adictiva de Julio

---

<sup>2</sup> De acuerdo al modelo de soluciones \*\*a esta familia se le puede clasificar como Tipo de relación demandante (Familia-terapeuta)

- Reestructurar la relación de los padres con Julio
- Reflexionar sobre el lugar que tiene el consumo de alcohol en la familia

### *Modelo de trabajo*

La intervención terapéutica, se llevó a cabo desde el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, esto se decidió de inicio porque este enfoque se puede desarrollar de manera eficaz en un tiempo no tan largo considerando el momento en que la familia solicitó el servicio en relación con la terminación del semestre. Por otro lado es una terapia idónea para cualquier tema en general, sin embargo se ha profundizado desde este modelo, en el trabajo con el problema de alcohol.

El escenario donde se trabajó con esta familia fue la clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala. Se trabajaron en total 7 sesiones, en ocasiones se citaba a los padres, en otras veces a Julio y en otras a los tres. Las sesiones de terapia se realizaban cada quince días, con una duración de una hora aproximadamente. Hubo dos ocasiones en que en un mismo día se tuvo sesión con los padres y sesión con Julio de manera independiente, esto por cuestiones de tiempos acotados al semestre.

### *Sesión 1.*

Objetivo terapéutico: indagar sobre el motivo de consulta

#### Resumen de la sesión:

Al inicio de la sesión se presentan los padres, posteriormente se incorpora Julio. La Sra. Rosa menciona que asisten por los problemas de consumo de alcohol que presenta su hijo Julio y que no sabe el motivo por el que vuelve una y otra vez a recaer en el alcohol<sup>3</sup>. El Sr. Pablo dice que su hijo Julio inició con un estado de “desesperación” y eso fue lo que lo hizo recaer.

---

<sup>3</sup> Relación tipo demandante (familia-terapeuta)

En el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), le realizaron un electroencefalograma, y un antidoping. La psiquiatra comentó que presenta problemas con el etanol, actualmente está medicado.

Se incorpora Julio a la sesión, comenta que desconoce el motivo por el que se encuentra allí<sup>4</sup>, ante lo cual la Sra. Rosa, dice que si le avisó. Julio se muestra reticente a cooperar en un inicio, menciona que le molesta haber tenido que levantarse temprano y podría estar haciendo otras cosas. Cuando comienza a hablar, menciona que en su familia hay conflictos, que él no mantiene buena relación con su hermano y que su padre ha tenido preferencias por su hermano e incluso por sus primos, habla constantemente de un gran resentimiento a su padre, el cual no puede superar.

Ambos padres refieren que están poniendo mucho de su parte, para que Julio este bien, como tiempo, dinero; incluso con la enfermedad del Sr. Pablo quien padece diabetes<sup>5</sup>.

Julio menciona, que inició su consumo de alcohol a los 17 años, que ha consumido marihuana, cocaína y piedra, sin embargo sólo le llamo la atención el alcohol. Entre las consecuencias que ha traído el alcohol a su vida dice son: en lo físico el sobrepeso, ya no “aguantar” como antes, y en lo social refiere que nadie se quiere juntar con él, menciona que con el alcohol se vuelve más agresivo y describe diversos episodios de violencia con compañeros de consumo. Julio menciona que inició su consumo en casa, junto con sus padres y hermano.

Se indaga, cómo le hizo en ocasiones anteriores para mantenerse sin consumo, Julio menciona que ha tenido fuerza de voluntad, y que lo ha hecho por mantener más tranquila a su mamá<sup>6</sup>.

Actualmente asiste al INPRFM, a una terapia grupal de prevención de recaídas, cada semana con una psiquiatra, y por las tardes acude a sus reuniones de Alcohólicos Anónimos. Menciona se encuentra harto de asistir a su tratamiento. Dice que no puede trabajar por estar ocupado con tantas sesiones, también menciona que hasta cierto punto le resulta cómodo estar de un tratamiento a otro y no laborar o tener otras obligaciones.

#### Cierre de la sesión:

---

<sup>4</sup> Relación tipo visitante (Julio-terapeuta)

<sup>5</sup> Relación tipo demandante (familia-terapeuta)

<sup>6</sup> Supuesto básico: Los clientes tienen recursos para resolver sus problemas

- Se les reconoce a los tres, que están en una constante búsqueda por estar mejor<sup>7</sup>, a Julio que a pesar de poder estar haciendo otras cosas, se hizo presente en la sesión. Y a los padres que se han movido para buscar el apoyo profesional ante la situación que están viviendo.
- A Julio se le habla del pasado, como algo inevitable que hay heridas y que se encuentra en el proceso de sanar.
- A los padres se les menciona que seguro han hecho lo mejor que han podido, y si han pasado cosas sin ser su intención es necesario reconocerlas e ir las trabajando.

## *Sesión 2.*

Objetivo terapéutico: Indagar sobre el rol y las relaciones familiares

### Resumen de la sesión:

En la primer parte de la sesión están presentes los padres y Julio. Posteriormente se tiene una entrevista sólo con Julio.

La Sra. Rosa habla acerca del conflicto que ha existido entre sus hijos, mencionando que nunca han llevado una buena relación y que ella considera que Julio odia a su hermano y que cualquier situación cotidiana en casa la toma a mal.

Julio refiere que siente envidia por su hermano, que son muy distintos y que nunca podrían llevarse mejor, que los padres hacen mucha diferencia entre ellos y eso no le agrada. También comenta Julio que él siempre se llevó mejor con un primo que con su propio hermano, menciona que desde la niñez no tienen una buena relación, y que prácticamente no se hablan. Se indaga la posibilidad de que Pablo asista a las sesiones, pero Julio menciona que no le gustaría y lo prefiere al margen.

El Sr. Carlos comenta que como padres le dan todo el apoyo a Julio, y relata que ante el disgusto de él, de que viviera la novia de su hermano en casa, se acomodaron en los dormitorios, anteriormente en un cuarto dormía Julio junto con su hermano y su novia verónica; posteriormente cambiaron y el Sr. Carlos se paso a la recamara de su hijo Pablo junto con su novia y la Sra. Rosa duerme en otra recamara junto con Julio. Tanto la Sra.

---

<sup>7</sup> Elogio genuino

Rosa como el Sr. Carlos mencionan que no les costó separarse de su recámara como pareja, el Sr. Carlos sonríe y dice que ella ya estaba cansada de tantos años.

Los padres comentan varias situaciones relacionadas al comportamiento de Julio, como es que ante la recaída de consumo, volvía muy agresivo a casa por lo que la Sra. Rosa se fue a dormir al sofá por un tiempo. El Sr. Carlos comenta que Julio le ha dicho que siente mucho coraje de ver como la gente tiene dinero y él no. Y relataron constantes conflictos donde hay episodios de violencia por parte de Julio con la familia de la Sra. Rosa y su compañeros de consumo.

En la segunda parte de la sesión Julio habló acerca de cómo incrementó la ingesta de consumo de alcohol al irse a vivir unos años a Michoacán. También menciona las consecuencias que esto le fue trayendo como el tener que cambiarse de turno tres veces en la escuela donde termino la carrera de Psicología. Durante la sesión se realizaron unas preguntas de escala<sup>8</sup> con Julio, para conocer su motivación en el tratamiento de consumo de alcohol ¿Qué tan comprometido estas en tu tratamiento de 1 a 10? ¿Cuánta confianza tienes en que vas a terminar el tratamiento exitosamente?. A lo cual él se ubico en una escala de 8, y ante la pregunta ¿Cómo podrías aumentar esos dos puntos de autoconfianza?<sup>9</sup>, él comento que asistiendo a sus sesiones el tiempo que haga falta, cumpliendo las indicaciones, a lo que se le devolvió que estaba en él la capacidad de control en su relación con el alcohol.

Julio menciona que esta “deprimido” por el rompimiento con su novia, menciona que le cuesta concentrarse, y la extraña, aunque actualmente sale con una mujer casada de 40 años llamada Diana, a quien no lo une algo sentimental sino meramente sexual.

#### Cierre de la sesión:

- Se le reconoce a Julio, la apertura que tuvo al estar solo en la sesión, se le agradece la confianza y se le cita para la siguiente sesión.
- Se les reconoce a los padres todo el apoyo y compromiso con el tratamiento y se les comenta que la próxima sesión asistirá únicamente Julio.

---

<sup>8</sup> Preguntas de escala

<sup>9</sup> Supuesto básico: la cooperación es inevitable

### *Sesión 3.*

Objetivo terapéutico: Enfocar los recursos que tiene Julio y explorar el tema de la individuación.

#### Resumen de la sesión:

Julio se presenta a la sesión, menciona que no ha consumido alcohol, se identifica en una escala de 0 a 10 su intención de dejar el consumo (10 máxima intención) quien se ubica en el numero 8.

La terapeuta se enfoca en los recursos que le ha dejado ser parte del Grupo de AA<sup>10</sup>, Julio resalta que la experiencia de sus compañeros le ayuda y lo fortalece, y se dice “si ellos pudieron, yo puedo” o “lo que ellos sintieron, yo lo siento”. También se dialoga acerca de su carrera en Psicología, comenta que su intención era estudiar Derecho, pero no logró obtener un lugar en alguna Universidad. La terapeuta le pregunta cuáles son los beneficios, recursos que ha tenido al terminar la carrera de psicología, quién comenta que eso le permite ascender de puesto en el trabajo.

Relata las problemáticas que tuvo en la escuela y en su trabajo en el IMSS debido a su consumo de alcohol, entre ellas: las ausencias constantes, la irritabilidad, la desmotivación, la ansiedad frecuente por consumir, entre otras. Habla acerca de lo mal que la esta pasando sin novia, y sin trabajo, sin poder salir mucho de casa ya que su madre le restringe las salidas por miedo a que consuma de nuevo; por todo lo anterior se siente frustrado, encerrado y deprimido.

Se le comenta que imagine que la terapia va muy bien, que resuelve los problemas que lo traen aquí, y que yo les hago un seguimiento dentro de un año ¿qué me contarías?<sup>11</sup> Comienza a hablar del área laboral, menciona que estaría resuelto lo de su trabajo y el juicio en el IMSS. También menciona que ya no consumiría alcohol y estaría sin depresión.

---

<sup>10</sup> Supuesto básico: la cooperación es inevitable

<sup>11</sup> Pregunta de proyección al futuro

Se dialoga acerca de las metas a corto plazo que tiene, menciona que lo más importante es reincorporarse a un trabajo<sup>12</sup>.

Julio comenta que la relación de sus padres en general no es buena, que constantemente pelean, y que la madre es quien dirige la casa y le dice que hacer a su papá. También menciona que su padre es bastante tranquilo, y muchas veces no actúa ante las exigencias de su madre.

Se explora la transición de su ser adolescente a la etapa de adultez, quien comenta que fue una etapa difícil, esto sucedió en la época en la que estuvo en Michoacán, menciona que deseaba siempre mayor libertad. También comenta que a su hermano esta transición cree no le fue difícil, ya que su hermano si tiene rutinas establecidas, en cuanto el trabajo por ejemplo. La terapeuta habla sobre el “crecer” y la “independencia”, preguntando cómo es para él este proceso, Julio dice le costaría mucho y que no cree que su mamá deje de mantenerlo porque es

su hijo consentido y sabe que no lo haría. Cuando se aborda la posibilidad de algún día independizarse, señala que se siente angustiado. Se aborda el cómo podría retribuir el apoyo que sus padres le están dando, considerando que esta en un tiempo en “pausa” por estar en tratamiento, sin embargo puede dar desde ese lugar. Julio dice sentirse muy triste por su exnovia, que no entiende porque se terminó la relación, y que debería ya no importarle, pero le importa mucho.

### Cierre de la sesión

-El equipo, le comparte que creemos esta dispuesto al cambio y a un crecimiento<sup>13</sup>

-Se le dejan tres preguntas a contestar para la siguiente sesión.

- 1) ¿Qué tienes para ofrecer como pareja, tú como hombre que tienes para darle a una mujer? <sup>14</sup>
- 2) ¿Que tendrías que haber hecho diferente para que no terminará tu relación de pareja?
- 3) ¿Te vemos comprometido, por qué en este momento de tu vida decidiste poner tanto empeño en tu tratamiento?

---

<sup>12</sup> Supuesto básico: los clientes definen sus objetivos

<sup>13</sup> Supuesto básico: los clientes tienen recursos para resolver sus problemas

<sup>14</sup> Pregunta de proyección al futuro

#### *Sesión 4.*

Objetivo terapéutico: Continuar y ampliar pequeños cambios

##### Resumen de la sesión:

Julio se presenta a sesión, comienza a decir que esta deprimido, que sigue triste por el rompimiento de su relación. Se le pregunta ¿qué es distinto cuando no se presenta la depresión?<sup>15</sup> menciona que en la semana se hizo un corte nuevo de cabello y se rasuró la barba. Se comenzó a rastrear cómo hizo para sentirse no deprimido, a lo que él comentó, que pensando en lo que le comentamos anteriormente que él tiene el control de su vida. Se revisan las preguntas que se dejaron de tarea, al respecto menciona que no tiene nada para ofrecer a una pareja y que desea tener una pareja seria hasta que sane y termine su tratamiento. Respecto a qué hubiera hecho distinto en su relación para evitar su término, dice que no ceder tanto, ya que su exnovia era muy controladora, a él le decían mandilón y nunca hizo nada al respecto.

Dice que en una nueva relación le gustaría hubiera, comprensión y comunicación, aspectos que faltaron en su relación de pareja.

Relata sus sentimientos de tristeza por el término de la relación, también menciona que está frustrado de no poder superarlo y le causa un enojo profundo. Se habla acerca de los sentimientos y lo normal de estos, en este momento.

Se rastrea cuáles son los cambios que ha tenido durante las sesiones que hemos tenido<sup>16</sup>, menciona que en su casa ha ayudado más en hacer cosas, como lavar trastes o barrer, sin embargo menciona que su mamá no le reconoce nada y que alguna vez le menciona “yo hago más cosas que tú”. Se le felicita por los cambios que ha tenido, más allá de lo que recibe de los demás.

También comenta como constantemente con el alcohol se metía en conflictos, peleas, lo llevaron a los separos, no iba a trabajar, etc. Y narra como sus padres lo apoyan siempre a salir de las situaciones, él reconoce que le gusta que le resuelvan las cosas y que le gusta

---

<sup>15</sup> Pregunta de excepción al problema

<sup>16</sup> Supuesto básico: solo es necesario un cambio pequeño

dejarse llevar por lo que quiere hacer y le costaría dejar de hacerlo, aunque se da cuenta ahora que no es lo mejor.

Se habla acerca del proceso adictivo, es decir, cómo es un ciclo repetitivo, que lo lleva a consumir, para ya no sentirse mal; en su caso, lo volvía más sociable, comenta es algo que le gustaría aprender a hacer sin el alcohol. Julio, reconoce que el alcohol lo anestesia de sentir, desea aprender también a controlar sus emociones y practicar box, para descargar su energía.

### Cierre de la sesión

- El equipo le reconoce que se ve cambiado, desde su cuidado personal, que se mostró más adulto y al parecer eso sucede cuando logra hacer mayor contacto consigo mismo y deja de centrarse en los otros<sup>17</sup>(me hicieron, me dijo, es su culpa, etc.).

-Se le deja de tarea que una vez al día, recuerde que “el control” en su vida, él lo tiene, y que se comporte de esa manera<sup>18</sup>, muchos aspectos están en sus manos y que a veces no lo alcanza a percibir, pareciera que él cree que es algo espontaneo, o espera que Dios, le resuelva, cuando es “Ayúdate que yo te ayudaré”.

### *Sesión 5.*

Objetivo terapéutico: Explorar su rol como padres

### Resumen de la sesión:

Se presentan los padres a la sesión. Durante esta sesión se incorpora otra terapeuta, haciendo Co-terapia. La Sra. Rosa menciona que tuvo un problema fuerte con sus hermanos y su mamá la rechazo. Menciona que en estos días sin vernos acudió con Julio a Michoacán para visitar a su mamá. Allí ella comenzó a pelear con sus cuñadas ya que no atienden bien a su padre, quien esta enfermo. También comenta que ella esta cansada de dar dinero, y los demás no cooperan porque dicen no tener dinero. Situación que comentó a una de sus

---

<sup>17</sup> Utilización

<sup>18</sup> Tarea: simular que el milagro ha sucedido

cuñadas y salieron enojadas, la cuñada también le dijo que la Sra. Rosa había tomado cerveza y tenía escondidas cervezas en las plantas, lo que molestó mucho a la Sra. Rosa. Mencionando que ella si toma pero que no es una alcohólica como para que le estén diciendo esto. Narra distintos sucesos que le hacen estar resentida con su madre, debido a que le ha creído en ocasiones más a las nueras que a ella que es su hija.

La Sra. Rosa, dice sentirse muy cansada ya que en su casa es la única que organiza, hace la comida, y lo que se necesita y ninguno de sus hijos, esposo o nuera se acomiden a cooperar en algo. Menciona que parece ser la sirvienta de todos. El Sr. Carlos argumenta que eso sucede porque no les deja hacer nada, y cuando llegan a hacer algo se molesta de cómo lo hacen, da el ejemplo de cuando se va a Michoacán, él junto con sus hijos y nuera logran hacer las cosas, uno barre, otro prepara de comer, etc. La Sra. Rosa menciona que ella le ha dado todo a Julio, comida, ropa, pagado deudas y aun así él consume alcohol.

Comienzan a discutir durante la sesión y se habla sobre el tema de su relación de pareja. El Sr. Carlos comienza a mencionar el por qué están en esa situación, pero ella no lo deja hablar, menciona que él ya se acostumbro a alejarse de ella, cuando esta de mal humor y evita hablar.

-El equipo le comenta a la Sra. Rosa, que se observa similitud entre su comportamiento con el de su hijo Julio, hablando de manera constante del exterior, responsabilizando a los otros, asumiendo que los demás provocan sus sentimientos, y se le pregunta ¿qué tan dispuesta esta al cambio?, ella comenta que si pero no sabe cómo hacerle. Se le comenta que van a realizar una tarea.

### Cierre de la sesión

-Se deja una tarea familiar<sup>19</sup>, hacer una lista de todas las cosas que se necesitan hacer en casa, asignar un responsable de la actividad, la cual se puede realizar durante cualquier hora del día, nadie puede decir cómo se tiene que desarrollar la actividad y hasta las 12:00 si no se realizó alguna tarea, entonces si se puede comentar a la persona.

---

<sup>19</sup> Tarea: Hacer algo diferente

-Se le dice al Sr. Pablo que cuando la Sra. Rosa se enoje, no le comente nada, sólo retirarse, y entonces la Sra. Rosa tendrá que acercarse a él y compartirle que le paso, cuando lo decida pero sin gritar<sup>20</sup>.

-Se le comenta a la Sra. Rosa, que ella cuida de cierta manera a su padre, y quizá influye que es enfermera, pero todos tienen modos distintos de cuidar, y que si alguien tendría que solicitar un cuidado distinto en todo caso sería su padre.

### *Sesión 6.*

Objetivo terapéutico: Explorar el tema de consumo en la familia y Complejizar el problema

#### Resumen de la sesión:

Julio se presenta a la sesión, comenta que se ha sentido angustiado, pero no lo relaciona con deseos de consumo, se siente frustrado de en ocasiones no tener qué hacer en casa.

Se le pregunta qué cambios, aun pequeños ha logrado durante el tratamiento, menciona que sigue manteniendo su arreglo personal, que ya esta logrando hablar más de sus sentimientos, que de hecho sube a la tribuna en su grupo de AA (podio de madera con micrófono) aunque siente que en ocasiones se bloquea.

Dice que fue a conseguir un trabajo a una cafetería, pero no le quedaba por todos los horarios que ocupa en citas del grupo de AA, estudios y eso lo tiene muy frustrado. Se realiza una metáfora poniendo al tratamiento como el camino que lo va a llevar a dar el giro que desea hacer en su vida<sup>21</sup> Julio menciona que cuando se siente frustrado, ansioso, se comienza a culpar de lo que tuvo que haber hecho y no hizo, lo que hizo perder su trabajo, su relación de pareja, etc. Se habla acerca de que el tratamiento en el INPRF, dura 6 meses, y que es un tiempo de pausa para “elaborar” todos los años que tiene por delante.

Se identifica cómo se sentía durante el consumo y actualmente, menciona que durante el consumo era estar anestesiado, no sentirse vivo y ahora esta en un 60%, pero tiene sentimientos a veces no tan agradables como la sensación de soledad. Menciona que es como ser dos Julio, uno durante el consumo agresivo, le valía todo, impulsivo y ahora

---

<sup>20</sup> Tarea: Hacer algo diferente

<sup>21</sup> Tarea: hacer algo diferente

tranquilo, “medio depre” y conmisericordioso. Julio menciona que prefiere al Julio de ahora, pero quitándole lo “depre”, también dice que en el Grupo de AA, le mencionan continuamente que no se victimice y trabaje. La terapeuta habla acerca del objetivo de AA, la abstinencia<sup>22</sup> pero sin caer en la borrachera seca”, donde se puede dar la abstinencia pero sin quitar las actitudes de consumo (poca tolerancia a la frustración, excesos, autoconmisericordioso, entre otras). Se identifican las ganancias que tiene al no consumir, habla de la tranquilidad que tiene especialmente su mamá al saber que no está consumiendo alcohol, y que puede dormir bien.

Se le pregunta, si ha implementado algo productivo en sus tiempos libres<sup>23</sup> menciona que le está ayudando a una señora a atender una panadería, que eso lo hace sentir bien, porque le permite ir en horarios no fijos, aunque le da muy poco dinero. Se le comenta que al parecer parte de los objetivos se están cumpliendo, con distintos cambios<sup>24</sup>, como es seguir en abstinencia, cambiar ciertas actitudes (su cuidado personal, ayudar en los quehaceres de la casa) y conseguir un trabajo en sus momentos que le quedan libres. Se le cuestiona, ¿qué es lo que le ha permitido por ejemplo estar sin consumo? ¿Qué ha hecho distinto?<sup>25</sup>, dice que aunque está harto de asistir reconoce que acudir a sus grupos de AA, al grupo del INPRF, y la terapia que está tomando con nosotros; a lo que se le dice que ¡si le funciona, a seguir asíéndolo!, él sonríe y asienta con la cabeza<sup>26</sup>.

Se habla acerca del tema del consumo de alcohol en su familia, donde se reconoce que sus abuelos, tíos, primos y su mamá, su hermano, cuñada y en ocasiones su padre, consumen alcohol.

Se habla sobre el consumo en su familia de origen, menciona que su mamá consume cada tercer día, a lo que él cree que ella tiene un problema con su forma de beber. Su hermano y cuñada consumen alcohol cada ocho días, hasta “emborracharse”, pero como van a trabajar no es visto como un problema en su casa.

### Cierre de la sesión

---

<sup>22</sup> Supuesto básico: la cooperación es inevitable

<sup>23</sup> Pregunta de excepción al problema

<sup>24</sup> Supuesto básico: solo es necesario un cambio pequeño

<sup>25</sup> Pregunta de excepción al problema

<sup>26</sup> Hacer más de lo que funciona

-El equipo le menciona, que no hay familias perfectas, pero al ver el compromiso que tiene con su tratamiento creemos que él puede estar bien independientemente de su familia.

-Se le dan 3 recomendaciones<sup>27</sup>

1) Para lidiar con la ansiedad, tomar un mueble viejo lijarlo hasta que este listo y barnizarlo, descargar toda la energía y ver sus emociones transformadas en ese mueble transformado.

2) Que se de el permiso de sentir su tristeza, y determine un horario específico para llorar todo lo que tenga que llorar y sacar todas sus emociones, diariamente.

3) Darle espacio a la felicidad, diario hacer algo que le guste y le de felicidad, como caminar, poner una canción específica; pero que lo haga de forma consciente, siendo una forma de abonar a su bienestar.

### *Sesión 7.*

Objetivo terapéutico: Explorar el tema de consumo en la familia y la derivación a una institución especializada en Adicciones.

#### Resumen de la sesión:

Se presentaron a la sesión la Sra. Rosa y el Sr. Carlos, se habló el tema del consumo de alcohol en la familia. La Sra. Rosa menciona que su hijo Pablo y su novia Verónica, consumen cada fin de semana y que si llegan en estado de ebriedad a casa, pero son de irse a trabajar al siguiente día, dice que ambos le han comentado que desean dejar de irse de “farra” ya que gastan mucho dinero y ahora quisieran independizarse o comprarse un carro. Respecto al consumo de ella, dice que generalmente consume alcohol en la semana y procura que sea cuando no esta presente Julio, dice que ella sólo consume cerveza, pero nada de vino, coñac, etc. El Sr. Carlos comenta que luego él le dispara su “chelita” a ella, y se la toma cuando esta organizando la casa, o planchando, otros días la ocupa para poder dormir. Se habla acerca de la forma de relacionarse como familia a través del alcohol, y que el beber alcohol es algo “permitido o normalizado” en la familia, la Sra. Rosa menciona que no podría ser de otra forma, ya que sus hijos son hombres y es normal que los hombres

---

<sup>27</sup> Tarea: Hacer algo diferente

consuman alcohol y ella sólo podría evitarlo si los tuviera amarrados. Menciona que sería distinto si fueran hijas, porque no está bien visto y resulta peligroso. También refiere que el problema es el consumo de Julio, porque él se pone agresivo y ha tenido muchos problemas a raíz del consumo, hasta llegar a los golpes con su papá.

El Sr. Carlos dice que ellos se relacionan de igual forma con consumo que sin consumo, y que es no hablando, cada uno está en sus asuntos y no se da la comunicación entre nadie.

El equipo les dice que el problema no es que Julio consuma alcohol, sino el cómo se relacionan en la familia, y se les pregunta por qué será que en esta familia sí hay amor y cariño pero Julio por ejemplo no lo siente.

El Sr. Carlos menciona que su hijo le ha dicho que va asistir al velorio de su tío, pero al velorio de él (su papá) no va a ir, pero que aun y con todo él quiere a su hijo. La Sra. Rosa menciona que con ella se comporta como si fuera un bebé, mamá dónde vas, mamá a qué hora llegas, mamá tengo hambre, etc.

El Sr. Carlos refiere que Julio no se deja conducir, ni recibir consejos de su parte, y que cuando él le dice cómo se hacen las cosas, Julio se enoja y la Sra. Rosa sale en su defensa, “lo trata como rey” y él se agranda, no hay quien le pueda decir nada.

### Cierre de la sesión

-El equipo les comenta que ambos tratan a Julio como un niño pequeño, cuando es un hombre de casi 30 años, y que a esa edad Julio ya tendría que tener la capacidad de tomar decisiones, de ser independiente y cuidar de sí mismo.

-Se le sugiere al Sr. Carlos que se comience a relacionar de otra manera con Julio<sup>28</sup>, no diciéndole cómo hacer las cosas, sólo preguntar si requiere “apoyo” si Julio responde que sí, dar sugerencias, si dice que no, respetarlo y dejar que él haga las cosas como cree conveniente, vincularse desde el afecto ¿cómo estás? ¿cómo te fue?, ver una película juntos, etc.

-A la Sra. Rosa, se le comenta que Julio está muy pegado a ella, y eso le ha impedido crecer, también se habla de la importancia de la distancia para que Julio forme otras relaciones como una relación de pareja por ejemplo. Se le comenta que es importante dejar

---

<sup>28</sup> Tarea: hacer algo diferente

que el cumpla con sus responsabilidades<sup>29</sup>, dejando que lo haga a su manera, lavar, tender su cama, etc.

- Se les reconoce su disposición y se realiza la derivación a otra institución a continuar con la Terapia Familiar.

Cabe mencionar que la derivación a una institución especializada en adicciones, con servicio de Terapia Familiar Sistémica, se realizó, por cuestión de tiempo, ya que concluyó el semestre académico.

Cómo se mencionó a lo largo de las sesiones, se fueron logrando pequeños cambios respecto a Julio, no sólo a nivel del manejo de la abstinencia, sino también en su estilo de vida. Con la familia, un avance que se tuvo fue complejizar el problema, es decir dejar de ver únicamente a Julio, como el integrante de la familia que tenía que realizar cambios. Aunque les cuesta aceptarlo.

El pronóstico que se tiene de Julio, es bueno. Yo creo ya había iniciado con un proceso de individuación, sin embargo se requiere más abordaje a nivel familiar, porque el contexto familiar (normalizar el consumo, creencias sobre el consumo en la familia, responsabilizar a Julio de todo, entre otros aspectos) jalan de alguna forma a Julio a una posible recaída.

### **3.1.2 Caso 2: Familia Pérez**

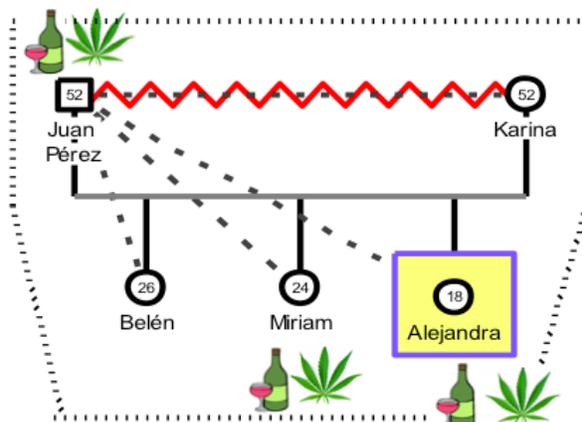
#### *Conformación Familiar*

La familia esta integrada por la madre la Sra. Karina, quien se dedica a venta de productos por catálogo, el padre el Sr. Juan Pérez quien realiza trabajos de mantenimiento. Ambos tienen tres hijas, Belén de 25 años, Miriam de 23 años y Alejandra de 17 años quien es la Paciente Identificada (PI), estudiante del CCH Azcapotzalco.

---

<sup>29</sup> Tarea: hacer algo diferente

## Familiograma



### Motivo de Consulta

La conducta de Alejandra, quien va mal en la escuela, el semestre pasado sólo pasó una materia, adicionalmente consume drogas (marihuana y alcohol), y ha dicho que se quiere ir de casa, ha faltado a dormir a la casa. La Sra. Karina dice no saber cómo hablarle o manejar la situación. Y que su esposo tiene problemas de alcoholismo.

### Descripción de la problemática

La Sra. Karina es quien pide la cita, menciona está preocupada junto con su esposo por la situación de su hija Alejandra. No desean que abandone la escuela, y que continúe incrementando su ingesta de alcohol, o que empeore su situación como paso con su hija Miriam quien asistió a un toxicológico. El padre también tiene problemas de consumo de drogas (marihuana y alcohol).

### Hipótesis sistémica planteada

Existe un problema de pareja y cómo padres entre el Sr. Juan y la Sra. Karina, aunado al alcoholismo del Sr. Juan. La Sra. Karina hace coalición con sus hijas contra el Sr. Juan siendo excluido del sistema familiar, lo que perpetua el consumo de alcohol del padre. Mientras están enfocados en la conductas “inadecuadas” en el consumo del padre, se evita poner límites en la conducta de las hijas.

### *Objetivos Terapéuticos*

Conversar sobre las perspectivas que tienen los integrantes de la familia, sobre la situación que están viviendo.

### *Modelo de trabajo*

El escenario de trabajo fue la clínica del CCH Azcapotzalco. Se trabajaron 7 sesiones, donde se fueron presentando distintos miembros de la familia. En cinco de las siete sesiones se realizó equipo reflexivo durante la sesión.

La estructura del equipo reflexivo que se llevo a cabo fue la siguiente: el terapeuta estaba de frente a la familia, y la familia a su vez estaba a espaldas del grupo terapéutico. Es decir se llevaba a cabo la terapia frente al equipo terapéutico, posteriormente el terapeuta se reunía con el equipo y la familia presente en un espacio conjunto, cada miembro del equipo daba su punto de vista y sus reflexiones sobre lo que habían presenciado, enseguida el terapeuta se integraba con la familia, quien comentaba sus puntos de vista sobre las diversas voces que había escuchado.

Ejemplificar con detalle cómo se lleva a cabo la terapia desde esta perspectiva, implicaría la transcripción textual de cada una de las sesiones, con las participaciones de los miembros de la familia, del terapeuta y del grupo terapéutico. Por cuestiones didácticas se presentan las sesiones con el formato de la acta de la sesión que se realiza en la formación de la maestría de Terapia familiar sistémica, en la fase de Post-sesión.

Cabe señalar que en el Resumen de la sesión, está la información extraída entre el diálogo de la familia y el terapeuta. En el cierre de la sesión, están expresadas las diferentes voces de los integrantes del equipo terapéutico. Y las reflexiones que expresaron los integrantes de la familia con el terapeuta al final de los equipos reflexivos, se encuentran extraídas en el apartado del análisis del caso, como forma de focalizar las reflexiones, cambios de posturas y acciones tomadas por los integrantes de la familia, durante el proceso terapéutico.

En el desarrollo de las sesiones se, incorporaron algunas intervenciones del modelo centrado en soluciones, las cuales se van señalando en el pie de pagina, durante las diversas

sesiones.

### *Sesión 1.*

Objetivo terapéutico: indagar sobre el motivo de consulta

#### Resumen de la sesión:

La Sra. Karina menciona que su hija Alejandra consume drogas (alcohol y marihuana) aprox. tres veces por semana. Ante la pregunta si alguien más consume en casa, el Sr. Juan menciona que también el consume alcohol y marihuana quien asiste en ocasiones a un Grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), pero sólo cuando cree que lo necesita, y que su hija Miriam, consumía también drogas pero acudieron a un toxicológico. Alejandra lleva dos años en los que consume, ha faltado a casa, ha mencionado que ya no quiere estar en la casa, va muy mal en la escuela y se relaciona con un chico que es malabarista en los semáforos y pasa casi todo el día en la calle.

El Sr. Juan, dice que a su esposa le cuesta ponerles límites a sus hijas, porque si lo hace, ellas comienzan a decir que ya no quieren estar en casa, así mismo comenta que él no puede ponerles límites porque son “cosas de mujeres”, que eso le dice su esposa que él no se meta, y recuerda que cuando nació su hija quedaron en que si era niña ella se encargaría de educarlas y si era niño él lo haría, la Sra. Karina, dice no acordarse de ese acuerdo.

El Sr. Juan reconoce que en ocasiones por su “estado” no puede estar con toda la atención en su familia. Dice es percibido en su casa como una persona sin autoridad y que de vicioso no lo bajan. También comenta que su esposa lo corrige delante de sus hijas, y le reclama sus borracheras y él cree eso le quita autoridad frente a sus hijas.

En un día normal en casa, la Sra. Karina se va a trabajar, la hija mayor ayuda con la casa, Miriam no tiene trabajo, y dicen que si esta mucho tiempo en un lugar se deprime, y mencionan que Alejandra esta en la etapa en que todo lo ve fácil.

### Cierre de la sesión:

- Se les agradece su apertura y reconoce su interés por sus hijas<sup>30</sup>
- Se invita a las hijas a asistir a la siguiente sesión y se envía el mensaje a Alejandra que somos terapeutas que trabajamos fuera de CCH por lo que no estará vigilada (que es lo que le preocupa)

### *Sesión 2.*

*Se llevó a cabo con equipo reflexivo*

Objetivo terapéutico: Indagar la visión que tienen las hijas respecto a la situación en casa

### Resumen de la sesión:

Se presenta la familia Pérez, las hijas coinciden en que los padres continuamente están en desacuerdo y que el padre está muy ausente, también comentan que necesitan poner límites como padres. Tanto Belén como Miriam opinan que su padre debería estar en un tratamiento por adicciones, mientras que para Alejandra eso no representa un problema. Respecto al consumo de Alejandra, ella comenta que ya ha disminuido antes consumía cinco días a la semana, y dice en ocasiones lo hace como una forma de inspiración porque le gusta dibujar. Miriam menciona que considera importante atender el consumo de Alejandra antes de que se salga de control, como le pasó a ella. Dicen llevan una relación distante entre ellas, cada una en sus cosas, desde pequeñas ha sido así. Perciben que Belén es insegura, Miriam tiende a deprimirse y Alejandra siempre está por su lado. La Sra. Karina platica más con Belén quien está en casa, y ninguna tiene cercanía con el padre.

Las hijas señalan que sus padres tienen discusiones por cuestiones económicas ya que el Sr. Juan en ocasiones no lleva dinero a casa. La Sra. Karina menciona que el Sr. Juan ha estado en rehabilitación pero se ha salido y vuelve a consumir. Belén, Miriam y la Sra. Karina coinciden en que si de verdad quiere dejar de consumir el Sr. Juan tiene que hacer cosas para lograrlo.

---

<sup>30</sup> Elogio genuino

### Cierre de la sesión:

-Se validó al Sr. Juan por escuchar atentamente a su familia y expresar temas que son difíciles para él.

-Un Terapeuta comparte su vivencia respecto a cómo afrontó las demandas de la escuela durante la etapa de la adolescencia y que se sintió identificado al escuchar a Alejandra

-Se realizó la pregunta, será que la droga ha jugado un papel de unión en la familia, como pertenecer a ella. Y si así fuera qué podría sustituirla y continuar unidos

-Se pregunta al Sr. Juan si podría hacer algo para incluirse con sus hijas y esposa y si ellas también pudieran hacer algo para incluirlo.

### *Sesión 3.*

#### *Se llevó a cabo con equipo reflexivo*

Objetivo terapéutico: Abordar la reciente situación de Alejandra (el miércoles se fue a la escuela y no regresó a casa hasta el jueves ya tarde, y sus padres estuvieron sin saber nada de ella).

### Resumen de la sesión:

Se presentan los padres y su hija Alejandra a sesión. Se aborda el tema en que Alejandra faltó a casa, ella comenta que no regresó a casa porque ya “estaba un poco mal” y que ni siquiera sabía dónde estaba su celular. Comenta que ella esperaba que sus padres la regañaran pero que ninguno dijo nada. Así mismo dice haberles dicho a sus padres la causa de su enojo, el Sr. Juan menciona al respecto que sólo recibió un mensaje al celular que ya no quería estar con ellos en casa, y no sabe si es por su consumo de alcohol. Alejandra dice que su papá no va a cambiar sino quiere (se llenan sus ojos de lágrimas), que desde chiquita se hizo a la idea de que su papá es así y que en ocasiones le da miedo que se vaya a quedar por ahí. También menciona que a su mamá todo le asusta y no le gusta hablar las cosas de frente. Dice que no le molesta lo del consumo de su padre aunque reconoce que no tienen comunicación y que en ocasiones le responde cosas sin sentido. La Sra. Karina menciona que acordó con su esposo hablar en esa ocasión con su hija Alejandra, pero después él se

fue y ya no conversaron, comenta que cuando quiere beber busca cualquier pretexto para salirse. Alejandra menciona que todos en casa se pelean con todos, aunque no siempre, esto es afirmado también por la Sra. Karina. Comentan que hablaron que lo mejor es que Karina se dé de baja en la escuela, ocuparse de otras cosas y luego reiniciar, pero ella dice no quiere atrasarse.

#### Cierre de la sesión:

- Se reconoce la madurez de Alejandra, al darse cuenta que hizo mal y que esperaba una consecuencia por su comportamiento<sup>31</sup>
- Se menciona si será esa una forma de comunicarles algo a sus padres con ese comportamiento, y que de qué otra forma podría hacerlo si fuese así
- Se habla acerca de cuales son los posibles sentimientos que hay dentro de la familia, quizá enojo, vergüenza, amor, entre otros.

#### *Sesión 4.*

Se llevó a cabo con equipo reflexivo

Objetivo terapéutico: Indagar sobre la relación de pareja

#### Resumen de la sesión:

Los padres comentan que han decidido dar de baja de la escuela a Alejandra, porque sigue sin llegar a casa o no avisa hasta que la llaman. La Sra. Karina comenta que Alejandra dice que no tiene nada que ver el que no llegue con la escuela, que esta vez supo responderle a su hija, le dijo que no puede no estar llegando a casa y al parecer su hija lo entendió.

Respecto a la relación de pareja, comentan que hay muchas diferencias entre ellos, que tiene varios años que duermen separados. Algunos aspectos que el Sr. Juan menciona son que le gustaría que ella le correspondiera a él, quien en ocasiones le hace el desayuno y ella no se preocupa por él. La Sra. Karina, dice que él no esta en casa, que le gusta estar bebiendo, y que sólo así esta alegre, sino anda todo mal humorado criticando su peinado y todo lo que ella hace. Señalan que él ha llegado a irse de casa con sus padres de él, pero el

---

<sup>31</sup> La cooperación es inevitable

Sr. Juan dice no aguanta estar sin ellas. También comenta que ahora que sus hijas están grandes piensa más en irse porque sabe que les está dando un mal ejemplo. La Sra. Karina comenta que ella ha pensado en separarse pero que a veces tiene la esperanza de estar bien en familia, pero que con el alcoholismo es complicado. El Sr. Juan menciona que tiene miedo de perder a la Sra. Karina como madre de sus hijas y compañera de vida, que como pareja no, porque tiene años que dejaron de serlo. Al respecto la Sra. Karina menciona que a ella le importa la vida del Sr. Juan por eso lo ha anexado, que si no le interesara dejaría que se fuera.

#### Cierre de la sesión:

-Se realiza la reflexión en interrogante, de cuáles serán las cosas que si funcionan en la relación de pareja

-Se señala que se observa que hay una cuestión en común que son las hijas y que el estado de su relación está impactando en ellas

-Se percibe que hay bastante información que hablar entre ellos, qué pasaría si abren momentos de diálogo en un horario específico, quizá se den discusiones pero también surjan puntos de coincidencia.

-Se realiza la pregunta, cómo creen que estarán en algunos años como pareja<sup>32</sup>

-Que tanto cada uno está esperando que cambie el otro, en su comportamiento, y quizá el cambio más grande está en cada uno.

-En relación con Alejandra, se comenta que se dan bajas temporales pero sólo funcionan si se tiene un objetivo bien definido, si se vuelve tiempo ilimitado o sólo castigo no funciona.

#### *Sesión 5.*

Se llevó a cabo con equipo reflexivo

Objetivo terapéutico: Dar seguimiento respecto al tema escolar con Alejandra, y mirar hacia el futuro

---

<sup>32</sup> Preguntas hacia el futuro

### Resumen de la sesión:

Se presenta Alejandra a la sesión, se aborda el tema de las materias que debe, menciona debe ocho materias más las del semestre que esta terminando y serían 14 materias, las cuales piensa pasar en extraordinarios, recursamientos y sabatinos. En el tiempo que se de baja piensa hacer cursos de artes plásticas en el INBA, ya que en el futuro le gustaría estudiar allí. Hace un recorrido por el 3er semestre donde dice que no entraba a clases por irse con sus amigos y en 4to semestre tenía las ganas y la intención pero no se sentía bien consigo misma. Menciona que considera le hará bien este año que se dará de baja, que estará abierta a conocer a sus nuevos compañeros, quienes serán más chicos y no habrán vivido lo que ella. Dice no le gustaría terminar la prepa en una abierta y que estar en el CCH, no es cualquier cosa. Se habla de sus planes a futuro, menciona le gustaría hacer muchas cosas; le gustaría aprender a pintar y tocar música, estudiar en el INBA y además otra carrera, ya sea Ciencias de la Comunicación o Artes Visuales. Alejandra menciona que cuando pinta o baila saca algunas emociones, cuando se siente muy cargada.

### Cierre de la sesión:

- Se reconoce su claridad sobre lo que quiere, si la curiosidad que siente por las artes es algo que puede ayudarle a pasar sus materias
- Se realiza la interrogante, qué haría si la dieran de baja sus padres del CCH<sup>33</sup>
- Como ir negociando con sus padres todo lo que desea hacer y como darles tranquilidad que esta vez si se aplicará a la escuela.
- Una posibilidad es ir con sus padres al Depto de Psicopedagogía y preguntar qué otras alternativas tiene.

### *Sesión 6.*

Se llevó a cabo con equipo reflexivo

Objetivo terapéutico: Se le preguntará al Sr. Juan, cuál es el tema que le gustaría abordar

---

<sup>33</sup> Preguntas hacia el futuro

### Resumen de la sesión:

Menciona que ha intentado dejar de consumir, que algunas veces lo logra y otras no, la terapeuta le pregunta, cómo ha logrado no consumir<sup>34</sup>, menciona intenta ocuparse de otras actividades, hasta limpiar en casa en lugar de irse a drogar o tomar. En una escala de 0 a 10 siendo 10 estoy convencido de dejar de consumir, él se ubica en el 5 pero en ocasiones se encuentra en 0<sup>35</sup>. Menciona que cuando hay tristeza o enojo el alcohol lo adormece, y que una cosa lo lleva a la otra, si está fumando, toma o si está bebiendo, fuma. Menciona que si no ha tomado la decisión de un tratamiento es porque es muy inseguro, y quizá porque le resulta cómodo que su esposa tome todas las decisiones. La terapeuta comenta que piensa que al igual que su hija Alejandra o los chicos del CCH, no tienen una motivación propia, y menciona que es así, que él no la tiene, si no es porque sabe que están sus hijas. Y que tendría que analizar más a profundidad si desea dejar el consumo.

### Cierre de la sesión:

- Se le reconoce su capacidad de reflexionar sobre lo que está pasando y no quedarse con una sola postura sino escuchar otras voces
- Se menciona que quizá puede comenzar por hacer pequeños cambios en su vida, como mantener ordenada su casa como lo mencionó le gustaría.
- Se hace la pregunta que tendría que hacer él para que las cosas empeoren

### *Sesión 7.*

Objetivo terapéutico: Hablar sobre los cambios y derivar a una institución especializada en adicciones

### Resumen de la sesión:

Los primeros 30 minutos de la sesión estuvo el Sr. Juan, quien comenta que consumió nuevamente, que fue un día que quedó con su hija Alejandra que llegaría a comer y regreso en estado de ebriedad, su familia no quería abrirle la puerta y comenzó a insultar a su

---

<sup>34</sup> Pregunta de excepción

<sup>35</sup> Pregunta de escala

esposa. Menciona se siente mal por el consumo, que se da cuenta de que se confía porque piensa tiene el control pero que no puede solo, que necesita un grupo. Se incorpora la Sra. Karina, comenta que el Sr. Juan ha dicho que las sesiones le han ayudado a reflexionar. Y a ella igual se ha cuestionado su ejercicio de autoridad, que antes estaba en el extremo con sus hijas, les pegaba y después paso a no decirles nada, pero ahora sabe que debe buscar un punto medio. Respecto a Alejandra, menciona no la dieron de baja de la escuela, pero que le pusieron un limite y sabe que si no se aplica la meterán a una escuela particular y ella no quiere eso, también menciona que hablando con ella se ha conseguido no llegue tarde y avise. Lo anterior se lo reconoce la terapeuta, como un cambio que se ha generado haciendo cosas diferentes. Respecto al consumo del Sr. Juan, menciona que sí él decide asistir a la institución de adicciones, ella y sus hijas lo van a apoyar.

#### Cierre de la sesión:

- Se reconocen los cambios que se han dado en cada uno
- Se pregunta, qué tendría que pasar para que el Sr. Juan tome una decisión respecto a su consumo de alcohol y qué sucederá si él decide no dejar de consumir
- Se les da una dirección de una institución de adicciones

El caso terapéutico, fue derivado por cuestiones de termino del semestre en la formación académica de la maestría.

Las expectativas sobre la familia son positivas, una vez que se comprometieron a asistir a todas las sesiones, se mostraron con apertura y cooperación. Cabe señalar que la institución donde fueron derivados es multidisciplinario, por lo que tanto puede darse una terapia individual con algunos de los integrantes de la familia aunado a la terapia familias con enfoque sistémico.

### **3.2. Análisis y discusión teórica de los casos seleccionados**

#### **3.2.1 Las adicciones. Una mirada sistémica y posmoderna**

El objetivo del presente apartado es realizar un análisis sobre los casos seleccionados, desde los modelos de intervención con los que fueron supervisados. Así mismo, se realiza una

reflexión sobre los alcances, las limitaciones en los casos. Se inicia con un breve apartado sobre la ubicación histórica de los tratamientos sobre alcoholismo.

El tratamiento de adicciones ha tenido su propio desarrollo, en los años 50, preponderaba el enfoque psicoanalítico, donde se daba más importancia al trabajo individual que sobre el contexto, de allí que se denomina “dependencia a una sustancia”. Sin embargo se observó que los pacientes que atravesaban por un tratamiento, al regresar con las familias se daban “recaídas” lo que resultó en un desencanto por las intervenciones centradas en la persona.

El cambio de paradigma esta sustentado en la pragmática de la comunicación, la teoría general de sistemas, conceptos cibernéticos, así como la observación de familias en casos de esquizofrenia lo que impulso una nueva corriente de pensamiento otorgando gran importancia al contexto familiar. Considerando que había una compleja cadena de causalidad circular y conectaba acciones y reacciones de los miembros de la familia. En los años 60 se da una expansión por experimentar con distintos enfoques terapéuticos familiares sobre una gran variedad de problemas. Sin embargo a nivel de investigación preponderaban las consideraciones sobre la predisposición genética hacia la sustancia. Los programas de tratamiento de adicciones como Alcohólicos Anónimos incluían un componente familiar, aunque por separada la familia del individuo (Marcos y Garrido, 2009).

Cómo menciona Berg, I., & Miller, S. (1996), el campo del tratamiento del alcohol está hoy en día dominado por el “modelo del alcoholismo como enfermedad” y por los preceptos de los doce pasos como tratamiento. Esta ideología sostiene que el alcoholismo es una enfermedad progresiva, irreversible y fatal y parte de la ideología que el usuario no tiene el control de sus conductas. Sin embargo la corta edad en que se inicia el problema de consumo, fue requiriendo el desarrollo de alternativas de tratamiento menos intensivos. Por otro lado estos autores consideran que el alcoholismo no es uno sólo e igual para todos y consideran que se requiere de un conjunto de estrategias variadas que puedan aplicarse de modo personalizado a este complejo problema.

### **3.2.2 Análisis de los casos seleccionados**

Cabe mencionar que los casos aquí presentados tienen una estructura diferente en su análisis, esto es debido a una decisión didáctica para mostrar los modelos terapéuticos desde donde se realizó la intervención.

#### **3.2.2.1 Análisis de la Familia García**

El enfoque centrado en la solución, ha sido aplicado a diversas situaciones, Berg y Miller, 1996, desarrollaron su aplicación específicamente para trabajar con bebedores problemáticos, ubicado dentro de la tradición de la Terapia Breve.

A continuación se analiza cómo fue aplicado el Modelo Centrado en Soluciones al caso de la Familia García, aquí descrito.

A lo largo de las sesiones se llevó a cabo el principio de “utilización”, el cual consiste en utilizar los recursos, habilidades, creencias, motivaciones de los pacientes para conducirlos a la meta que ellos desean (Berg y Miller, 1996; Selekman, 1996). Algunos momentos fueron, cuando se enfocaron los recursos que le proporcionaba a Julio el asistir al Grupo de AA se trabajó con el marco de referencia del paciente, el cual le estaba funcionando al llevar un mes de abstinencia, también se indagó cómo le hizo en ocasiones anteriores para lograr la abstinencia, Julio mencionó su fuerza de voluntad. Otro momento fue cuando se trajeron al presente las ventajas que le había dejado el estudiar la Licenciatura en Psicología, a pesar que el usuario mencionó que no era la carrera que deseaba estudiar, pero refirió que en un futuro eso le permitiría ascender de puesto en el trabajo.

En el proceso terapéutico se buscaba “hacer caer la primer ficha del dominó”, es decir cambios pequeños en una área que pudieran traer diferencias en otras (Selekman, 1996; O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014; Berg y Miller, 1996), algunos cambios que se lograron fue que Julio comenzó a realizar actividades en casa como lavar los trastes y barrer, seguir en abstinencia, cuidar su arreglo personal y conseguir un trabajo en los momentos que le quedaban libres (Sesión 6, pie de pág.24).

La orientación de las preguntas hacia el futuro, fueron esenciales durante las sesiones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2014; Berg y Miller, 1996 ). Temas que se rastrearon fue imaginar que se resuelven los problemas que lo traen aquí y se realiza un seguimiento en un año y otro momento fue cuando se aborda el tema, de qué tiene para ofrecer como pareja, a lo que concluye que primero decide sanar internamente antes de tener una próxima relación amorosa (Sesión 3, pie de página 11 y 14).

Siguiendo con el Modelo de terapia centrada en solución, se realizaron las intervenciones “Hacer algo diferente” y “hacer más de lo que funciona” (Selekmán, 1996). Cabe mencionar que para Berg y Miller, 1996, hacen referencia a la misma idea con sus frases “si eso no funciona, no vuelva a intentarlo ¡haga algo diferente! y “una vez que sepa usted que es lo que funciona ¡haga más de lo mismo!. Se aplicaron en distintos momentos respecto a “Hacer algo diferente” algunos ejemplos son cuando se les deja una tarea familiar, enfocada en hacer las labores domesticas entre todos, evitando recaiga el trabajo en la Sra. Rosa y otro ejemplo fue cambiar la interacción entre los desacuerdos que pasaran entre los padres de Julio (Sesión 5, pie de página 19 y 20). Por otra parte “Hacer más de lo que funciona” se le prescribe, cuando menciona que las diferentes intervenciones a las que esta asistiendo son lo que le ha permitido estar en abstinencia (Sesión 6, pie de página 26).

El modelo de tratamiento centrado en la solución distingue tres tipos de relaciones entre paciente y terapeuta (Berg y Miller, 1996) : 1) relación de tipo comprador, 2) relación de tipo demandante y 3) relación de tipo visitante. Estos tipos de relación, establecen la forma de interacción entre la familia y el terapeuta. En el caso de la familia García, se mantuvieron por lo menos de inicio dos formas de relación.

Por un lado entre los padres la Sra. Rosa y el Sr. Carlos con la terapeuta, donde se identificó una forma de relación demandante (Sesión 1, pie de pág. 3 y 5), este se da cuando se pueden identificar en conjunto un objetivo de tratamiento en este caso el consumo problemático de alcohol por parte de su hijo Julio, sin embargo ellos no llegan a visualizarse como parte de la solución, creyendo que la única vía es que la otra persona realice el cambio en este caso Julio. Algunos aspectos que destacan la interacción demandante por parte de los padres, es cuando ellos ubican como responsable del problema

únicamente a Julio, sin observarse como parte de la situación, así mismo constantemente durante las sesiones se daba una larga lista de quejas respecto al comportamiento de Julio, y todo lo que ellos habían realizado para apoyarlo. Este tipo de diálogo es característico de una relación “demandante”, que en términos populares dentro del tema de consumo problemático de alcohol se le conoce como “codependencia” (Beattie, 1987; citado en Berg y Miller, 1996).

La relación de inicio con Julio, fue de tipo “visitante” (Sesión 1, pie de pág. 4), debido a que por lo menos en la primera sesión durante la primera parte él, no veía ningún motivo por el cual tuviera que estar en la sesión, y no encontraba ninguna motivación para un cambio (objetivo).

La terapeuta no contradice de inicio lo que él comenta y al final de esa primera sesión lo invita a colaborar por un objetivo enfocado a cambios en las relaciones familiares, de acuerdo a lo que él comentó durante la sesión, a lo que él acepta. Es decir se convirtió en una relación de comprador-oculto, a lo largo de las sesiones también se abordaron temas no directamente relacionados con el alcohol como: su relación de pareja anterior, su autonomía y el manejo de su ansiedad.

Algunas otras intervenciones que se llevaron a cabo, fue el “elogio genuino” con la familia, a Julio por su logro día a día en la abstinencia del alcohol, así como su muestra de compromiso por su tratamiento pese a que se le estaba haciendo tardado. Mientras que a los padres se les reconocía las acciones que hacían en busca del apoyo del tratamiento de Julio y su cooperación con el tratamiento familiar.

Durante las sesiones se utilizaron preguntas de escala (Selekman, 1996; O’Hanlon y Weiner-Davis, 2014; Berg y Miller, 1996), lo que permitió ubicar de forma tangible la percepción del paciente sobre sí mismo y aspectos que quizá no tenía conscientes, como en este caso comentarle que en él estaba el control de mantenerse en abstinencia (Sesión 2, pie de pág. 8).

Un avance dentro del caso fue desfocalizar al usuario de alcohol como el único en que recaía la explicación del problema familiar. Se logro complejizar la situación reconociendo

por parte de los padres, que habían otros temas en la familia a elaborar, y que se desvanecían al mirar únicamente las acciones negativas de Julio.

Julio también logra resignificar el valor que le da a asistir a sus tratamientos para el consumo de adicciones, donde menciona que no le agrada asistir, que le impide hacer cosas, etc. pero termina mencionándolo como algo positivo y fundamental para su recuperación.

En el caso de la Familia García, es importante mencionar que Julio llevaba un Tratamiento multidisciplinario en adicciones, ya que cuando llega a solicitar el servicio de terapia familiar ya se encontraba en un grupo de AA, estaba medicado, y asistía a un grupo terapéutico de prevención de recaídas. Esto nos habla, de la complejidad de la problemática en el consumo de sustancias psicoactivas, donde diferentes profesionistas buscan otorgarle herramientas desde distintas perspectivas, trabajando a nivel físico, emocional, y con su red de apoyo.

Un logro en el caso terapéutico, fue dejar de central el tratamiento en Julio, cómo único generador de problemáticas, pasando a focalizar las relaciones entre los distintos miembros de la familia. Y establecer objetivos no sólo enfocados en la abstinencia, como finalidad del tratamiento, sino se complejizo al abordar temas como el trabajo, la escuela, sus relaciones de pareja, su familia, entre otros.

Se quedaron pendientes algunas temáticas a abordar con Julio, como cuando el menciona que desea comenzar a adquirir habilidades sociales sin la necesidad de consumir alcohol.

Una de las limitaciones en este caso fue el término del semestre en la maestría por lo que la familia fue derivada a una institución con objeto social el tratamiento de adicciones, con un enfoque multidisciplinario para retomar el servicio de Terapia Familiar Sistémica.

Algunas reflexiones que me generó este caso, fue la importancia de trabajar en redes de apoyo con otras instituciones en la maestría de terapia familiar sistémica, donde cuando se tengan casos de adicciones, se tenga la opción de realizar un trabajo integral con otras instituciones.

### 3.2.2.2 Análisis de la Familia Pérez

A continuación se realiza el análisis de la Familia Pérez, el desarrollo de la terapia en su mayoría de sesiones se dio con la modalidad de equipo reflexivo, donde la terapia se abrió al espacio público, con los consultantes, siendo testigos de un intercambio y escucha de distintas opiniones (Ibarra, 2004).

El vocabulario y la actitud del equipo, se alejó de un ser experto poseedor de conocimiento a hablar un lenguaje cotidiano para todos los presentes, y por momentos los integrantes del equipo compartían experiencias, por ejemplo, esto se pudo observar cuando uno de los terapeutas del equipo expresa su vivencia respecto a cómo afrontó las demandas de la escuela durante la etapa de la adolescencia y que se sintió identificado al escuchar a Alejandra. Este espacio permitía una transformación mutua en todo el sistema terapéutico (Anderson y Goolishian, 1988, citado en Anderson s/f).

Las sesiones estaban conformadas por distintas etapas en un intercambio de habla y de escucha por parte de todo el sistema (consultantes, terapeuta y equipo reflexivo). Al final de las sesiones se daba un espacio a los consultantes para expresarse a partir de lo que habían escuchado. A continuación se presenta información de ciertos fragmentos de las sesiones, donde han sido separados por temáticas, lo que permite ver las reflexiones que tenían los miembros de la familia, al escuchar las diversas voces del equipo terapéutico.

- Tema relacionado a la escuela

-Alejandra, menciona que desde pequeña le gusta dibujar, que su madre lo sabe y que si ella se comporta a la altura, sabe que tendrá el apoyo de ella. *(Alejandra reconoce sus propios recursos, y tiene claro que tiene que dar de su parte para recibir el apoyo de su madre)*

-Los padres mencionan que decidieron no dar de baja a Alejandra de la escuela y le pidieron se comprometiera, o de lo contrario habría consecuencias. *(Los padres logran ponerse de acuerdo y tomar una decisión respecto a la crianza de su hija Alejandra, y llegan a acuerdos con ella)*

- Tema relacionado a el uso de drogas

-Alejandra reconoce que se necesita “madurez” y saber qué uso se le da a las drogas y ella dice no estar lista para eso. *(Reflexiona sobre sus propios alcances respecto a su relación con la sustancia).*

-El Sr. Juan comenta, que al escuchar a su familia se siente como el “foco de infección”, y por ello primero debe trabajar en él y su alcoholismo. *(Se logra la escucha entre los diferentes miembros de la familia)*

-El Sr. Juan menciona que hablar del alcoholismo es importante, porque le ayuda a pensar cosas que nunca había analizado, por ejemplo se pregunta si quiere dejar de beber por su propia motivación. *(El Sr. Juan se realiza preguntas a sí mismo, a partir de dialogar sobre su alcoholismo)*

-La Sra. Karina menciona que si el Sr. Juan decide asistir al tratamiento de adicciones, ella lo apoyará. *(La Sra. Karina le deja la decisión al Sr. Juan si desea iniciar un tratamiento o no, pero le da a conocer su apoyo en caso de optar por tomar tratamiento).*

- Tema relacionado a la pareja

-El Sr. Juan agradece al equipo, que le ayuden a darse cuenta que tal vez lo mismo que él le esta pidiendo a ella (Sr. Karina), es lo mismo que ella le pide a él. Que él debe hacer sus cambios y no esperar a que ella haga los suyos. *(El Sr. Juan, saca sus propias conclusiones sobre lo que posiblemente este pasando con su esposa y él).*

-La Sra. Karina, comenta que ella no se ve en la misma situación en 30 años que quizá ellos no se dan el tiempo de convivir y salir juntos y que eso es lo que les ha hecho falta. *(La Sra. Karina, distingue un cambio de dinámica en su pareja, en el tiempo, y también identifica posibles cambios a implementar en la relación con su esposo).*

- Tema relacionado a los padres

-La Sra. Karina refiere que se queda reflexionando en qué ella creyó que estuvo con Alejandra cuando era niña, pero la realidad es que la encargaba con sus dos hijas mayores. *(La madre, logró una reflexión y aceptación de algo que hoy ve de otra forma)*

-Ambos padres hablan sobre la posibilidad de hacer nuevos acuerdos respecto a la forma de educar a su hija *(ponerle limites)*

A través de lo expresado por la familia, se observa como el lenguaje en la práctica terapéutica da significado y sentido a los consultantes, lo cual va construyendo realidades, que no son procesos mentales individuales, sino formas de acción social y relacional en el sistema terapéutico (Anderson, 2012).

Continuamente la terapeuta, les preguntaba quién consideraban podría asistir la siguiente sesión, o si estaban de acuerdo en abordar algún tema en particular. Ejemplo de esto fue cuando se abrió el tema de la relación de pareja entre la Sra. Karina y el Sr. Juan, consensuando si estaban de acuerdo y los dos afirmaron que sí, y se mostraron cooperativos durante la sesión. Es decir el proceso terapéutico no tenía un “problema estático” a encontrarle solución, sino se iba desarrollando a lo largo de las conversaciones dialógicas en el sistema terapéutico y a lo largo de las sesiones las descripciones cambiaban y con ello los integrantes del sistema (Ibarra, 2004).

Enseguida se describen algunos elementos que se incorporaron al proceso terapéutico desde el Modelo Centrado en Soluciones.

Durante el proceso se realizaron diversas preguntas como las de excepción al problema, por ejemplo cuando el Sr. Juan comenta que disminuyó su ingesta de alcohol, y se comenzó a indagar cómo había logrado no consumir alcohol esos días, o disminuir la cantidad. Es decir se marcó, se amplió y se atribuyó el control de la conducta de no consumo al Sr. Juan. También se utilizó la pregunta de escala, para conocer cuál era su nivel de motivación por dejar de consumir alcohol (Selekmán, 1996; Berg y Miller, 1996).

Se reconocían y validaban los cambios pequeños que describían los consultantes (Selekman, 1996 y O'Hanlon y Weiner-Davis, 2014), como generadores de cambios mayores, ejemplo de esto fue cuando la Sra. Karina menciona que pudieron hablar con su hija respecto a la escuela y que la observaba más tranquila, es decir sin salidas de casa llegando a altas horas de la noche.

Con la familia se realizó una derivación a la institución Juventud, Luz y Esperanza, IAP., con la finalidad de continuar con el servicio de terapia familiar, con la opción de un tratamiento como usuario de alcohol, del Sr. Juan, si el decidiera iniciarlo. No se dio como primer opción continuar con las sesiones dentro del programa de maestría, ya que se atravesaban las vacaciones y se buscaba dar un seguimiento a los avances alcanzados hasta ese momento.

### **Conclusión Final**

En México, aun sigue predominando la atención del alcoholismo por los Grupos de Alcohólicos Anónimos, por lo que resuelta la Terapia sistémica y Posmoderna una alternativa para tratar el consumo de alcohol.

Un logro de estos modelos es la existencia en sí misma de estas posibilidades de atención, dónde se evita etiquetar a los usuarios con problemas de alcoholismo como “alcohólicos”, se deja de centrar en el pasado de la persona, se logra complejizar el caso, considerando distintas variables contexto, sustancia, cultura, familia, persona.

Un logro de estos modelos, en el caso de la Terapia Centrada en Soluciones es dejar establecer una postura del terapeuta completamente directiva, para dar espacio a las necesidades, intereses y deseos del paciente y en una relación más horizontal. En el caso de los Equipos Reflexivos, un logro agregado es que son dentro de un ambiente de colaboración y respeto. Abre grandes posibilidades a través del dialogo, permite escuchar otra voces.

Algunas limitaciones que considero en estos modelos son que específicamente el problema de consumo de sustancias psicoactivas, genera cambios a nivel neurológico correlacionado con la etapa del proceso adictivo en la que se encuentre el usuario, por lo que en qué momento son útiles estos modelos es una interrogante que me hago.

Por otro lado es necesario un mayor acervo de investigación en nuestro país sobre la efectividad y aplicabilidad de este y otros modelos en el consumo de alcohol, que permita un impacto en las políticas publicas del país.

### **3.3 Análisis del sistema terapéutico**

Para Desatnik, Franklin y Rubli (2011), el sistema terapéutico total esta conformado por el sistema terapéutico y el sistema de supervisión en vivo. Dentro de la formación de la maestría el sistema terapéutico se conforma por el sistema familiar y el terapeuta a cargo, mientras que el sistema de supervisión se conforma por el equipo de terapeutas y el supervisor.

Dentro de la maestría en Terapia familiar Sistémica un eje central en la formación es la supervisión, que acompaña a los terapeutas en formación a complejizar su visión, reconocer su estilo como terapeuta, y el estar en relación con los miembros del sistema terapéutico le va permitiendo tener una actitud respetuosa ante la diversidad de miradas.

Durante la maestría el terapeuta en formación va pasando por distintos roles, del sistema terapéutico total, a continuación comentaré mi experiencia en cada uno de ellos:

En el primer semestre estuve como observadora de los otros sistemas, lo cual me permitió ver la dinámica del equipo terapéutico, los diversos estilos terapéuticos, las diversas maneras de supervisar; así como conocer en la practica los distintos modelos de terapia familiar.

Cuando ya estuve como terapeuta acompañando a familias, representó un reto constante, desde revisar biografía, un trabajo personal por distintos temas que tocaban aspectos internos, y mirar un mundo de manera más complejo, teniendo distintas miradas, distintas voces, distintas comprensiones de lo que allí ocurría, fue una gran experiencia personal y que enriquecían cada intervención.

### **3.4 Habilidades de investigación**

Durante el primer y segundo semestre de la Maestría, se llevó a cabo una investigación de corte cuantitativo, con la finalidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos sobre metodología de la investigación y análisis estadístico. La cual se presenta a continuación:

## **Relación entre estilos de socialización parental, bienestar subjetivo y afrontamiento en adolescentes usuarios de drogas**

### **Resumen**

Se presentan los datos de 80 adolescentes usuarios de drogas, en proceso de rehabilitación de adicciones en diez centros de tratamiento en la Cd. de México. Contestaron tres inventarios: La Escala de Estilos de Socialización Parental para Adolescentes, ESPA29; Escala de Bienestar Subjetivo de Ryff y La Escala de Modos de Afrontamiento. El propósito fue buscar si hay relación entre las diversas variables y de acuerdo a los resultados, proponer líneas de intervención en el ámbito clínico de tratamiento de adicciones. Los resultados mostraron que el nivel de afrontamiento en adolescentes está relacionado con su bienestar subjetivo, así mismo la percepción de un estilo de socialización parental aceptación/implicación está relacionado con el nivel de bienestar y afrontamiento. Se realizó una propuesta de intervención con dos acciones, considerando los resultados arrojados en el estudio (diferencias entre sexos de adolescentes y padres): 1.- Taller de estilos de afrontamiento destinado a la población adolescente y 2.- Grupo reflexivo, a los padres de los adolescentes con el propósito de generar nuevas formas de enfrentar dificultades con su hijos.

**Palabras clave:** Estilos de socialización parental, Bienestar subjetivo, Estilos de afrontamiento, Adolescentes, Uso de drogas

### **Abstract**

This research, present data from 80 adolescent drug users in rehabilitation process in ten addiction treatment centers in the Cd. of Mexico, who answered three inventories: Scale Parental Socialization Styles Teen, ESPA29; Scale of Subjective Welfare Ryff and The Ways of Coping Scale. The purpose was to find if there is a relationship between the various variables and according to the results, propose lines of intervention in the clinical field of addiction treatment. The results showed that the level of coping in adolescents it is related to subjective well-being, likewise the perception of a style of parental socialization acceptance / involvement is related to the well-being and coping. A proposal for intervention was conducted of two actions: 1. Workshop coping styles aimed at adolescents and 2. Reflective Group, parents of adolescents with the purpose of generating new ways of facing difficulties with their children.

**Keywords:** Styles of parental socialization, Subjective well-being, coping styles, Adolescent, Drug Use

El problema de adicciones en la población adolescente se está incrementando a nivel mundial. Un estudio internacional de salud de los adolescentes del Caribe realizado en el año 2000 puso de manifiesto que el 40% de las mujeres y el 54% de los varones de edades comprendidas entre los 12 y 18 años consumían alcohol. Uno de cada 10 jóvenes de 16 a 18 años de edad señaló que consumía cuatro o más bebidas alcohólicas a la vez (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Los datos a nivel Latinoamérica, muestran un panorama similar, a través de un estudio realizado en siete países, a nivel nacional en el ámbito escolar, se reveló que aproximadamente 1 de cada 10 adolescentes de 13 a 17 años de edad afirmó haber consumido drogas ilegales por lo menos una vez en su vida (op.cit).

En México, las encuestas nacionales han reportado que la edad de inicio de consumo va en decremento, mientras que el consumo en las jóvenes adolescentes va en aumento, así como la existencia de una mayor accesibilidad a las sustancias psicoactivas (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008, Encuesta Nacional de Adicciones, 2011), estos son algunos aspectos que enfatizan la problemática.

Durante la etapa de la adolescencia, lo jóvenes transitan por diversos cambios biológicos, psicológicos, y emocionales, es decir que se encuentran en una etapa plena de desarrollo, -ejemplo; el cerebro-, específicamente en las áreas que se asocian con la toma de decisiones, lo cual les posibilita tomar más riesgos en su vida cotidiana, lo que obliga a ocuparnos en implementar medidas para protegerlos de daños a la salud en este periodo de vida en el que son vulnerables (ENA, 2008).

### **Familia y Consumo de drogas**

Diversas investigaciones, han mostrado que existen factores de riesgo para el desarrollo de una conducta adictiva de sustancias psicoactivas, y los factores protectores que posibilitan el no consumo en los adolescentes. Algunos de los factores asociados significativamente con el uso de sustancias adictivas son el patrón de vida (uso del tiempo libre), y el sistema familiar (estructura familiar, el estilo de comunicación, las reglas con las que conviven), (García-Barron y Acosta, 2010; González, Rey y Oliva, 2009).

Es decir que la familia desempeña, una función psíquica esencial para el ser humano: la socialización. A través de la cual las personas se convierten en seres sociales, interiorizan las normas que regulan las relaciones interpersonales y se forman una imagen de lo que son y del mundo que les rodea. (Lila y Marchetti, 1995, citado en Pons, y Berjano, 1997).

Una investigación que abordó una variable familiar, fue el realizado por Pons y Berjano (1997), con el objetivo de indagar la existencia relacional entre los estilos parentales de socialización parental y el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes. Los resultados mostraron que los factores con mayor poder de discriminación entre los distintos niveles de consumo son: reprobación, castigo y rechazo.

### **Afrontamiento y Consumo de drogas**

Otro estudio llevado a cabo por Linage-Rivadeneira, y Lucio-Gómez, (2012) se ha enfocado a identificar aquellas estrategias de afrontamiento que funcionan como factores que aumentan la posibilidad de que no se presente el consumo de sustancias en jóvenes consumidores y no consumidores expuestos a sucesos de vida estresantes.

Los resultados mostraron que de las doce estrategias de afrontamiento, solo cuatro de ellas predijeron el no consumo de sustancias; aquellos jóvenes expuestos a sucesos estresantes que buscaron el 'apoyo social de sus padres' para resolver algún problema, presentaron 19.71 veces mayor probabilidad de no consumir alcohol, tabaco o cualquier droga ilegal. La solución de problemas (acciones concretas), ofrecer ayuda a otros que se encuentran en un problema similar y la reflexión, aumentan la posibilidad de no consumir

drogas. En este estudio resulto ser el apoyo proporcionado por los padres, un factor de protección. Si bien los jóvenes cuentan con una red de apoyo más amplia (padres, profesores, amigos, incluso un profesional), no resultaron en términos estadísticos ser un factor de protección ante conductas adictivas. Los padres resultan un agente importante para enfrentar de manera exitosa las dificultades de la vida en los adolescentes.

### **Bienestar Subjetivo y Consumo de drogas**

La vida actual, presenta características que repercuten en la ingesta de drogas legales e ilegales de los adolescentes, como son los medios de comunicación que promueven la búsqueda del placer inmediato, y estereotipos idealizados. Si bien es cierto que el foco de atención estratégicamente está dirigida a la prevención de drogas, es importante atender las necesidades de la población adolescente que presenta problemas de adicción, brindando un tratamiento adecuado que implemente estrategias terapéuticas derivadas de la investigación, que repercutan en un adecuado tratamiento, que les posibiliten una integración social, encaminándolos a una calidad de años posteriores saludables, integrándose a la vida productiva, dando a la sociedad sus capacidades y habilidades formadas, lo que posibilita evitar la evolución acelerada y con gran ímpetu del proceso adictivo el cual en su mismo avance va deteriorando las diferentes áreas del usuario.

Existen investigaciones enfocadas a usuarios de drogas como es la de Córdova-Alcaráz, Rodríguez-Kuri, y Díaz-Negrete, (2010), que tuvo como objetivo comparar la percepción subjetiva de bienestar entre jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. En los resultados se detectaron diferencias significativas en varios factores de bienestar subjetivo, el análisis de varianza mostró distinciones entre los jóvenes que han consumido drogas alguna vez en la vida y aquellos que no reportan uso de sustancias, se hallaron diferencias significativas en factores que miden depresión, percepción de una vida satisfactoria, existencia de un proyecto de vida, empleo satisfactorio del tiempo libre, bienestar económico percibido, autoestima y apego escolar.

Así mismo se encontraron factores relacionados con el bienestar subjetivo predictores del uso de drogas (percepción de mayor capacidad con grupo de pares, depresión, etc.) y factores protectores ante el consumo (percepción de una vida satisfactoria, tener un proyecto de vida). El estudio corroboró la hipótesis de que la percepción subjetiva de bienestar es menor entre los jóvenes que han hecho uso de drogas que entre aquellos que no las han utilizado nunca.

Por lo anterior se puede observar que existen varias investigaciones enfocadas a los adolescentes, con un mayor énfasis en variables predictivas del consumo de sustancias, de allí que en el presente estudio, se priorice indagar diversas variables: estilos de socialización parental, el bienestar subjetivo y los estilos de afrontamiento, pero en una población de adolescentes que se encuentran en un proceso de rehabilitación de adicciones. Lo cual permita el posibilitar establecer algunas líneas terapéuticas específicas, que si bien no están en posibilidades de generalizarse por las características del estudio, si son una forma de establecer estrategias clínicas enfocadas a la población determinada.

### **Hipótesis**

H1: El bienestar subjetivo en adolescentes usuarios de drogas está relacionado con sus estilos de afrontamiento

H2: Los estilos de socialización parental en adolescentes usuarios de drogas están relacionados con su Bienestar subjetivo

H3: Los estilos de socialización parental en adolescentes usuarios de drogas están relacionados con los estilos de afrontamiento

## Método

### Participantes

La muestra fue no probabilística, por conveniencia, integrada por 80 adolescentes usuarios de drogas (previa exclusión de casos con 11 años o menos y 18 años o más), con un rango de edad de 12 a 17 años, con una edad media de 15.57 (DE=1.39). El 32.5% de la población fue conformada por mujeres (N=26) y 67.5% por hombres (N=54). El 100% de los casos se encontraba en tratamiento de adicciones en un centro especializado, modalidad residencial.

### Materiales

Se utilizaron cuestionarios impresos, lápices no. 2, laptop marca Toshiba, programa estadístico SPSS, versión 17.

### Instrumentos de medición

*La Escala de Estilos de Socialización Parental para Adolescentes, ESPA29* (Misuti y García, 2004), propone una perspectiva situacional, presentando situaciones de comportamiento adolescente negativos o positivos, apareados con una posible reacción parental distribuida en siete subescalas: diálogo, afecto, displicencia, indiferencia, coerción física, privación, coerción verbal. Las cuales se agrupan en dos ejes de socialización agrupados en implicación/aceptación y coerción/imposición. Con esta escala se obtienen puntajes independientes para 'padre' y 'madre', con una escala Likert de 29 ítems de 4 puntos (1=Nunca, 2=Algunas veces, 3=Muchas veces, 4=Siempre).

La escala tiene una consistencia interna del conjunto global de la escala de 0,968 según alfa de Cronbach. En las subescalas para 'Madre' presenta una consistencia entre  $\alpha=0,840$  y  $\alpha=0,943$ ; mientras que para 'Padre' tiene valores entre  $\alpha=0,820$  y  $\alpha=0,940$ .

La escala permite obtener diversas puntuaciones: de las 7 subescalas, y de los 2 ejes de socialización; para lo cual se utilizan los baremos para cada escala y se obtienen los centiles.

*Escala de Bienestar Subjetivo de Ryff* (Ryff, 1989, adaptada por Van Dierendonck, 2005 y traducida al español por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendock, 2006). El instrumento cuenta con un total de 39 ítems, se conforma por seis factores de 6 a 8 ítems cada uno: I.- Autoaceptación, II.- Relaciones positivas, III.- Autonomía, IV.- Dominio del entorno, V.-Crecimiento personal, VI.- Propósito en la vida. Su formato de respuesta está conformado por puntuaciones tipo likert comprendidas entre 1(Totalmente en desacuerdo) y 6 (Totalmente de acuerdo). La versión de Van Dierendock (en Medina, 2011), cuenta con las mejores propiedades psicométricas, propuesto en el modelo de 6 factores y presenta una consistencia interna de ( $\alpha=0,78$  y  $\alpha=0,81$ ). En la versión española, se observó que la totalidad de las factores, muestran una consistencia aceptable, excepto el factor de crecimiento personal cuya consistencia es  $\alpha=0,68$ , comprende valores

obtenidos entre  $\alpha=71$  y  $\alpha=83$ , similar a los obtenidos por Van Dierendock (Díaz, et. al., 2006).

Para la calificación de la escala, se realiza la corrección de puntuación en 17 ítems inversos, se suman los ítems por factores y se obtiene la media en cada uno de los 6 factores obteniendo puntajes altos y bajos al compararlos con los siguientes puntos de corte:

-Autoaceptación: 4.31	-Dominio del entorno: 4.31
-Relaciones positivas con otros: 4.58	-Crecimiento personal: 4.57
-Autonomía: 4.24	-Propósito en la vida: 4.47

*Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Ways od coping)* elaborado por Susan Folkman y Richard Lazarus en 1980, y revisado por ellos mismos en 1985. Constituido por 66 reactivos y ocho escalas. Para el presente estudio se utilizó la versión traducida y estandarizada para población adolescente mexicana, por Sotelo & Maupome, 1999.

La cual consta de 66 ítems, dividido en 6 subescalas, conformadas por los siguientes ítems:

Flexibilidad de afrontamiento: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	Distanciamiento: 2, 33, 34, 40, 47, 50, 53
Afrontamiento dirigido a lo positivo: 5, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 51	Afrontamiento dirigido al problema: 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 35
Pensamiento mágico: 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62	Revaloración positiva: 63, 64, 65, 66

Este cuestionario tiene una escala tipo likert, con cuatro posibles respuestas (0=No, de ninguna manera, 1=En alguna medida, 2=Generalmente, usualmente, 3=Siempre, en gran medida).

Las propiedades métricas de Confiabilidad Global del Cuestionario, se obtuvieron mediante el análisis de consistencia interna del Alfa de Cronbach: Alfa=.9038. Respecto a la confiabilidad por subescala son: Flexibilidad de afrontamiento ( $\alpha=.90$ ), Afrontamiento dirigido a lo positivo ( $\alpha=.84$ ), Pensamiento mágico ( $\alpha=.73$ ), Distanciamiento ( $\alpha=.59$ ), Afrontamiento dirigido al problema ( $\alpha=.63$ ) y Revaloración positiva ( $\alpha=.57$ ). Para obtener el nivel de afrontamiento de cada sujeto, el instrumento muestra los puntajes normalizados para cada subescala y de la escala total.

### **Diseño**

Se utilizó un diseño *transversal-correlacional*, el cual se distingue por describir la relación entre las variables del estudio en un momento determinado (Sampieri, Fernández, y Baptista, 2010). Esto al no haber manipulación de las variables en la presente investigación, y los sujetos ya pertenecían a determinadas condiciones (conformados como grupo, adolescentes, usuarios de drogas).

### **Procedimiento**

A todos los participantes, se les informó que su participación era voluntaria, se les garantizó la confiabilidad de la información y se les invito a contestar verazmente los

cuestionarios para tener una mayor confiabilidad de los datos, se remarcó su uso restringido a fines estadísticos.

Los instrumentos fueron aplicados de manera grupal, en espacios físicos de los Centro de Tratamiento. En todos los casos se les menciona a los participantes que no había respuestas correctas o incorrectas. También se les informó que si después de leer las instrucciones aún tenían alguna duda, la encargada del estudio podía aclararlas.

La secuencia de la aplicación fue la siguiente: 1) Hoja de Datos Generales (Ver Apéndice A), 2) Escala de Estilos de Socialización Parental (Ver Apéndice B), 3) Escala de Modos de Afrontamiento (Ver Apéndice C), y 4) Escala de Bienestar Subjetivo de Ryff (Ver Apéndice D); se procuró iniciar con el instrumento más largo, el tiempo de aplicación fue de 90 minutos aprox., con un pausa de 10 minutos, cuando todo el grupo termino el primer cuestionario.

## **Mediciones**

Definición de variables:

### Conceptual

*Estilo de socialización parental:* se refiere a la pauta de comportamiento de los padres con los hijos en múltiples y diferentes situaciones, y las consecuencias que estos patrones de actuación tienen para la propia relación paterno-filial (Musiti y García, 2004).

*Bienestar subjetivo:* Se refiere al grado de satisfacción de un individuo en distintas áreas o aspectos de su vida (Palomar, 2000, citado en Palomar, 2004).

*Estilos de Afrontamiento:* Son los esfuerzos cognoscitivos y conductuales cambiantes para manejar las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991).

### Operacional

*Estilos de socialización parental:* Con la aplicación de la Escala de Estilos de Socialización Parental en la adolescencia (ESPA29) de Musiti y García (2004), se obtendrá la percepción de los adolescentes del estilo parental de acuerdo al mayor puntaje obtenido.

*Bienestar subjetivo:* Se medirá a través de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Bienestar Subjetivo de Ryff, versión en español por Díaz, et. al, (2006).

*Afrontamiento:* Se medirá a través de los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Modos de Afrontamiento la versión traducida y estandarizada para población adolescente mexicana (Sotelo & Maupome, 1999).

## **Análisis estadísticos**

Una vez recabados los datos, se realizó el análisis estadístico a través del programa SPSS (Statistical Package for the Social Siences) para Windows versión 17.

Se efectuaron tres momentos para el análisis: 1.- Para el análisis de correlación entre variables, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, para determinar la relación entre Estilos de Socialización Parental, Bienestar subjetivo y Afrontamiento y 2.- Se utilizó la prueba t de Student para comparar diferencias significativas por género

## **Resultados**

En el presente estudio la muestra estuvo conformada por 80 adolescentes usuarios de drogas, 26 de sexo femenino y 54 de sexo masculino, con un rango de edad de 12 a 17 años, con una edad media de 15.57 (DE=1.39). Al momento del estudio, la población tenía 12.6 semanas en promedio de estar en rehabilitación de adicciones.

### 1.- Análisis de correlación entre variables

El coeficiente de correlación es una prueba para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalo o razón. La dirección de la relación entre dos variables es determinada por el signo positivo o negativo de  $r$ .

A continuación se presentan los coeficientes de correlación obtenidos para cada variable

La Tabla 1. Muestra los coeficientes de correlación entre los estilos de afrontamiento (flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido a lo positivo, pensamiento mágico, distanciamiento, afrontamiento dirigido al problema, revaloración positiva) con las dimensiones de bienestar subjetivo (autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida). Se comprueba la H1, siendo que existe correlación entre ambas variables. Referente a las subescalas el “estilo de afrontamiento dirigido a lo positivo” correlaciona de manera positiva con bienestar subjetivo de “crecimiento personal y propósito de vida” ( $r = .388$ ). Es decir que cuando los adolescentes realizan esfuerzos para crear resultados positivos, impacta en su percepción de crecimiento personal y una sensación de directividad en su vida. La puntuación total de afrontamiento correlaciona de manera positiva con bienestar subjetivo “dominio del entorno” ( $r = .460$ ). A mayor nivel de afrontamiento en los adolescentes mayor dominio del entorno, entendido como la sensación de ser competente, utilizando las oportunidades las oportunidades que se le presentan.

La Tabla 2. muestra los coeficientes de correlación entre los estilos de socialización de madre (diálogo, afecto, displicencia, indiferencia, coerción física, privación y coerción verbal) con bienestar subjetivo (autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida). Se encontró referente a la H2, una correlación positiva entre estilos de socialización con bienestar subjetivo, en “aceptación/implicación” con “autoaceptación” (.413) y “aceptación/implicación” con “dominio del entorno” (.384). Una manera de interpretarlo es que cuando los hijos perciben que sus conductas son acordes a las normas hay una estimación y reconocimiento por parte de la madre, y ante conductas negativas que difieren de las normas, la madre utilizan el razonamiento y diálogo; esto permite a los hijos un sentido de bienestar.

Mientras que se obtuvo una correlación negativa entre estilo de socialización “coerción/imposición” con “relaciones positivas con otros” (-.321), “dominio del entorno” (-.323) y “crecimiento personal” (-.341). Cuando los adolescentes perciben intervenciones drásticas por parte de la madre como la coerción verbal y física, impacta en su bienestar, es decir a mayor coerción/imposición, menor crecimiento y dominio del entorno.

En la variable estilos de socialización de padre con bienestar subjetivo (Tabla 3), existe una correlación positiva entre “aceptación/implicación” con “dominio del entorno” (.401) y una correlación negativa entre “coerción/imposición” con “relaciones positivas” (-.540) y “crecimiento personal” (-.440). En general sucede lo mismo con la percepción que tienen los hijos adolescentes del estilo de socialización del padre, es decir el estilo aceptación/implicación favorece el bienestar del adolescentes (dominio del entorno) y a mayor coerción/imposición menor bienestar.

Para la H3, (Ver tabla 4) existe una correlación entre los estilos de socialización parental (diálogo, afecto, displicencia, indiferencia, coerción física, privación y coerción verbal) con los estilos de afrontamiento (flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido a lo positivo, pensamiento mágico, distanciamiento, afrontamiento dirigido al problema, revaloración positiva) . Se encontró una correlación positiva en “aceptación/implicación” de madre con “flexibilidad de afrontamiento” (.397), “distanciamiento” (.342) y la más alta fue con la “escala total de afrontamiento” (.419). Que los adolescentes experimenten un estilo de socialización aceptación/implicación por parte de la madre favorece su nivel de afrontamiento, es decir a mayor aceptación/implicación mayor nivel de afrontamiento en los adolescentes.

Se obtuvieron correlaciones positivas (Tabla 5) entre “aceptación/implicación” con la “escala total de afrontamiento” (.509) y de “coerción/imposición” con “distanciamiento” (.514). Respecto al padre, de igual forma, a mayor estilo aceptación/implicación percibido por los adolescentes, mayor nivel de afrontamiento.

## **2.- Análisis de diferencias de medias entre géneros**

La prueba t es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa entre sus medias.

Para la variable de bienestar subjetivo (Figura. 1), se encontraron tres dimensiones “relación positiva entre otros” (.040) “crecimiento personal” (.005) y “propósito en la vida” (.002) en que las medias por género presentan diferencias estadísticamente significativas. Específicamente las adolescentes mujeres obtienen una puntuación mayor que los hombres, quizá esto se deba a que las mujeres en teoría maduran más rápido que los hombres por cuestiones fisiológicas (Calixto, s.f.).

La Figura 2. muestra las medias obtenidas en las dimensiones de la escala de afrontamiento “afrontamiento dirigido a lo positivo” (.001), “distanciamiento” (.038) y revaloración positiva” (.043) que presentaron una diferencia significativa entre hombres y mujeres. En cuanto a la comparación por sexo de los participantes, se encontraron algunas diferencias ejemplo en estilo de afrontamiento “distanciamiento” siendo que los hombres recurren con mayor frecuencia a esta estrategia. Según Sotelo y Maupome (1999), los hombres tienden a evadir el contacto con el problema y posible solución.

Las medias obtenidas por hombres y mujeres referentes al estilo de socialización parental. “coerción/imposición” (.030) mostraron una diferencia estadísticamente significativa (Fig. 3). Lo cual muestra que los adolescentes de sexo masculino, perciben mayor coerción/imposición como estilo de socialización en los padres.

## **Discusión**

Existen diversas investigaciones que han abordado la relación entre variables como son características del sistema familiar, los estilos de afrontamiento, y el bienestar subjetivo relacionado al consumo de sustancias psicoactivos (García-Barron y Acosta, 2010; González, Rey y Oliva, 2009; Linage-Rivadeneira, y Lucio-Gómez, 2012; Córdova-Alcaráz, Rodríguez-Kuri, y Díaz-Negrete, 2010). Las cuales establecen como prioridad la predicción y la búsqueda de estrategias para la prevención del consumo en los jóvenes adolescentes.

En el presente estudio se planteó indagar la relación entre diversas variables como son el Estilo de Socialización Parental, el Bienestar Subjetivo y los Estilos de Afrontamiento en adolescentes usuarios de drogas. Resaltando la importancia de investigar

en población que presenta problemas de consumo de sustancias, y que además actualmente se encuentran en un proceso de rehabilitación de adicciones.

Al respecto se encontró que si existe una correlación entre subescalas de diversas variables evaluadas. En este sentido, podría argumentarse que las intervenciones destinadas a los estilos de afrontamiento, están relacionadas y tienen un impacto en el bienestar subjetivo de los adolescentes y viceversa, sin embargo al trasladarlo al ámbito clínico, existen particularidades a tomarse en cuenta, que se mencionan en las líneas de intervención que se proponen a continuación:

1.- Realizar acciones a nivel de intervención grupal con adolescentes (Curso-taller), siendo que ha mostrado tener una alta eficacia (Balbuena y Méndez, 2012): mayores tasas al tratamiento, adherencia al tratamiento, promueve la reinserción social en el tratamiento de adicciones con población mexicana. Considerando los siguientes aspectos (Nuñez, 2011):

-Se sugiere que en la intervención, existan diferencias en cómo abordar las estrategias de afrontamiento, siendo que es distinto para hombres y para mujeres. Por ejemplo en los hombres es importante sensibilizar a la expresión de afectos y emociones, y los resultados muestran que el distanciamiento correlaciona negativamente con todas las áreas de bienestar subjetivo. Por otro lado sería estratégico enfocarse en los estilos de afrontamiento: dirigido al problema y dirigido a lo positivo, siendo que son los que se relacionan de manera más alta con distintas dimensiones del bienestar subjetivo. Ambas se encaminan a la resolución del problema, y son viables de entrenamiento, ante planteamiento de situaciones y aplicación de role playing.

-Analizar sus vivencias en función de las estrategias utilizadas, reconociendo sus recursos, logros, éxitos alcanzados, y estrategias que no han sido funcionales

-Conocer y practicar conductas que no ayudan a afrontar de manera positiva diversas situaciones, reflexionar la incidencia y los problemas derivados de estas reacciones en contextos familiares y con grupo de pares

-Evaluar el cumplimiento de las expectativas

2.- Otra acción de intervención grupal (Grupo reflexivo), está basada en un programa realizado por Heredia y Gómez, (2010), destinado a padres de hijos adolescentes, que tuvo como objetivo, contar con un espacio para canalizar inquietudes y dificultades que se suelen presentar con sus hijos, donde a través de la reflexión se posibilita encontrar nuevas formas de afrontamiento y estilos de socialización parental. Algunos aspectos a considerar de acuerdo a los resultados aquí obtenidos son:

- Hay diferencias en la percepción que los hijos tienen de sus padres respecto a los estilos de socialización parental. Por ejemplo los adolescentes hombres perciben un nivel mayor en el estilo de socialización “coerción/imposición”, por lo que es importante sensibilizar a los padres (hombres), hacia la forma de relación que establecen con sus hijos varones y siendo que este estilo particular de socialización correlaciona negativamente con cuatro de las seis dimensiones del bienestar subjetivo.

-El que las madres de familia, incluyan el estilo de socialización parental “aceptación/implicación” posibilita un mejor nivel de bienestar subjetivo, siendo que mantiene correlación en tres dimensiones. Así mismo que tanto madres y padres brinden este estilo de socialización resulta relevante, siendo que en ambos casos está relacionado al nivel de afrontamiento en los adolescentes.

-El equipo de trabajo está conformado por los padres de familia, una coordinadora (profesional) del grupo y una observadora que registra el proceso grupal, quien al final junto con la coordinadora realizan una retroalimentación. Considerando:

-La elección de los temas, se lleva a cabo a partir de un cuestionario que se aplica sobre: las expectativas de asistir al grupo, problemáticas del adolescente y la familia, así como la forma en que los afrontan y reaccionan como padres.

-La dinámica consiste en compartir experiencias y reflexiones sobre la vida diaria y la relación con sus hijos adolescentes

-Realizar una nueva evaluación grupal al final de la intervención

La propuesta a nivel clínico aquí propuesta, tiene dos vertientes apuntadas hacia un mismo objetivo, las formas de afrontamiento tanto en adolescentes y padres de familia en situaciones estresantes, fomentando en estos últimos un estilo de socialización eficiente, es decir que posibilite una mejor relación interpersonal entre padres-hijos, y en sus diversas áreas de vida. Las acciones anteriores, lejos de ser generalizadas, se adecuan a las características de la población.

### **Conclusiones**

En el ámbito del tratamiento de adicciones, la población adolescente es sin duda un campo de primordial importancia, en la búsqueda de tratamientos específicos a casos determinados. Es decir que es esencial buscar intervenciones de buenas prácticas, así como a través de la investigación generar formas de intervención que sean sistematizadas y publicadas para seguir buscando intervenciones eficientes.

Es así, que el presente trabajo es un acercamiento para enfocarse en adolescentes usuarios de drogas y que se encuentran en un proceso de rehabilitación de adicciones. A través de los resultados se pueden concluir los siguientes puntos:

- 1) En relación a la hipótesis del estudio, se mostró que existe una correlación entre subescalas de diversas variables evaluadas. El nivel de afrontamiento está relacionado con el bienestar subjetivo en los adolescentes, así mismo el estilo de socialización aceptación/implicación está relacionado con el bienestar y nivel de afrontamiento.
- 2) Referente al objetivo de adaptar los resultados al ámbito clínico, se realizó una propuesta de intervención grupal, con dos acciones, considerando las diferencias que se mostraron entre adolescentes hombre y mujeres, y entre los estilos de socialización en los padres (madre y padre) : 1.- Taller de estilos de afrontamiento destinado a adolescentes usuarios de drogas y 2.- Grupo reflexivo, a los padres de los adolescentes con el propósito de generar nuevas formas de enfrentar dificultades con su hijos.
- 3) Con base en estos resultados, sería interesante realizar la investigación con un número de muestra mayor, así mismo comparar con otro grupo de adolescentes sin problemas de adicción.

### **Referencias**

Balbuena, A. y Méndez, E. (2012). *Beneficios de la intervención grupal dirigida para usuarios de alcohol y drogas en la Atención Primaria a las Adicciones*. México. Instituto Mexiquense contra las Adicciones. Recuperado en <http://salud.edomexico.gob.mx/html/descarga.php>

Calixto, E. (s.f). *¿Por qué las mujeres maduran más rápido que los hombres?*. Disponible en <http://enforma.salud180.com/salud-dia-dia/video/por-que-las-mujeres-maduran-mas-rapido-que-los-hombres>

Córdova-Alcaráz, A., Rodríguez-Kuri, S., Díaz-Negrete, B. (2010). Bienestar subjetivo en jóvenes mexicanos usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Vol. 12, No. 2, pp. 147-162

Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendock, D., (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. Vol. 18, No. 3, pp. 572-577

Folkman, S. y Lazarus, R. (1988). *Ways of Coping Questionnaire*. USA: Consulting Psychologists Press. Disponible en <http://www.reginfo.gov/public/do/DownloadDocument?documentID=60909&version=1>

García-Barron, A., Acosta, L. (2010). Factores protectores y de riesgo asociados al consumo de drogas en adolescentes de escuela secundaria de San Luis Potosí, México. *Revista Enfermería Comunitaria* (rev. digital). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v6n1/ec7190.php>

González, M., Rey, L., Oliva, L. (2009). Las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes de Xalapa, Veracruz. Vol. 12, No. 1, *Revista electrónica de Psicología en Iztacala*. Disponible en <http://132.247.146.34/index.php/repi/article/view/17700>

Heredia, M. y Gómez, E. (2010). Aprendiendo nuevas estrategias de afrontamiento en la crianza de sus hijos adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*. Vol. 15, pp. 61-68

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, 2011

Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca

Linage-Rivadeneira, M., y Lucio-Gómez, M. (2012). Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. Vol. 4, No. 1, pp. 55-66

Médina, M. (2011). *Adaptación y estudio psicométrico de la escala de bienestar psicológico de C. Ryff de 39 ítems en población mexicana*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán.

- Musiti, G. y García, F. (2004). *Manual: Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia ESPA29*. Madrid: TEA Ediciones
- Núñez, M. (2011). *Taller para el control de estrés y la aplicación de estrategias de afrontamiento para adolescentes*. Tesina de Licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018*. Washington: OPS.
- Ortiz A, Martínez R., Meza D. Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: “Informe Individual sobre Consumo de Drogas”. Tendencias en el área metropolitana No. 46, Junio de 2009. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Palomar, J. (2004). *Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo*. México: Universidad Iberoamericana
- Pons, J., y Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*. Vol. 9, No. 003, pp. 609-617
- Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Perú: McGrawHill
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, 2008.
- Sotelo, C., y Maupome, V. (1999). *Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Zavala, L., Rivas, R., Andrade, P., Reidl, L. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Vol. 10, No. 2, pp. 159-182

## Tablas

**Tabla 1.**

### Estilos de Afrontamiento Vs Bienestar Subjetivo

	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento Personal	Propósito en la vida
Flexibilidad de afrontamiento	-.066	.112	-.176	.260*	.263*	.219
Afrontamiento dirigido a lo positivo	.241*	.309**	-.014	.309**	.388**	.388**
Pensamiento mágico	-.234	-.055	-.089	.240*	.256*	.285*
Distanciamiento	-.218	-.108	-.099	-.089	-.217	-.276*
Afrontamiento dirigido al problema	.022	.077	-.079	.368**	.340**	.405**
Revaloración Positiva	-.108	-.101	-.180	.243*	.141	.103
Escala Total	-.056	.061	-.107	.460**	.336**	.289*

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 2.**

### Estilos de Socialización Parental (Madre) Vs Bienestar Subjetivo

	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento Personal	Propósito en la vida
Afecto	.098	.064	.142	.204	.348**	.123
Coerción física	-.150	-.182	-.090	-.179	-.243*	-.091
Coerción verbal	-.169	-.246*	-.042	-.145	-.098	-.116
Aceptación/ Implicación	.413**	.320*	.143	.384*	.205	.167
Coerción/ Imposición	-.171	-.321*	-.200	-.323*	-.341*	-.058

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 3.****Estilos de Socialización Parental (Padre) Vs Bienestar Subjetivo**

	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento Personal	Propósito en la vida
Dialogo	.205	.254 <sup>†</sup>	.155	.198	.156	.205
Indiferencia	.233 <sup>*</sup>	.161	.086	-.032	.203	.013
Aceptación/Implicación	-.079	.156	.068	.401 <sup>*</sup>	-.070	.168
Coerción/Imposición	-.374 <sup>*</sup>	-.540 <sup>**</sup>	-.302	-.381 <sup>*</sup>	-.440 <sup>**</sup>	-.287

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 4.****Estilo de Socialización Parental (Madre) Vs Estilos de afrontamiento**

	Flexibilidad de afrontamiento	Afrontamiento dirigido a lo positivo	Pensamiento mágico	Distanciamiento	Afrontamiento dirigido al problema	Revaloración positiva	Escala Total
Aceptación / Implicación	.397 <sup>*</sup>	.196	.302	.342 <sup>*</sup>	.092	.085	.419 <sup>*</sup>

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 5.****Estilo de Socialización Parental (Padre) Vs Estilos de afrontamiento**

	Flexibilidad de afrontamiento	Afrontamiento dirigido a lo positivo	Pensamiento mágico	Distanciamiento	Afrontamiento dirigido al problema	Revaloración positiva	Escala Total
Dialogo	.138	.186	.235 <sup>*</sup>	.129	.106	.096	.178

<b>Aceptación / Implicación</b>	.368	.119	.403*	.319	.196	.151	.509*
<b>Coerción/ Imposición</b>	-.087	-.208	.282	.514**	-.109	.142	.141

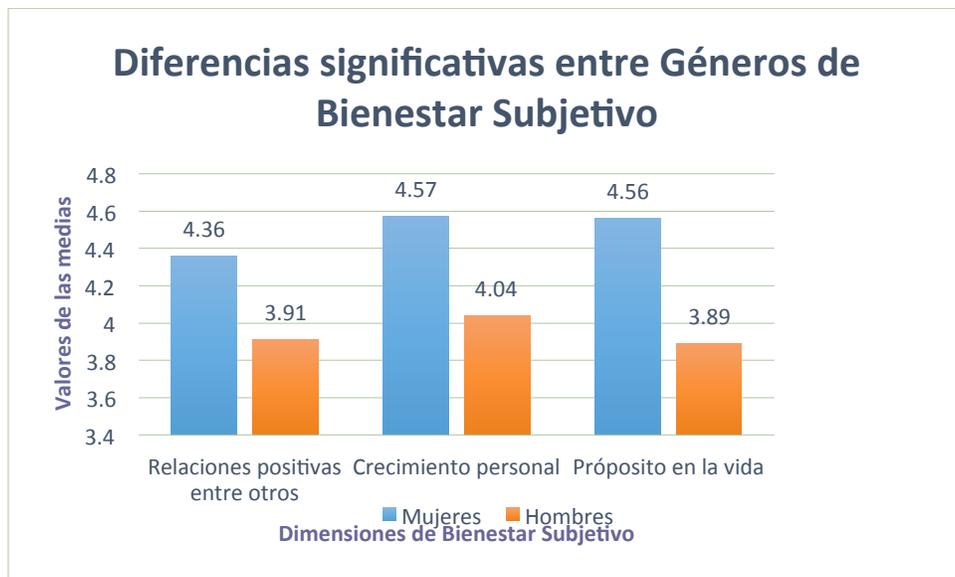
\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

## Figuras

**Figura 1.**

### Diferencias entre género de bienestar subjetivo



**Figura 2.**

### Diferencias entre género en estilos de afrontamiento

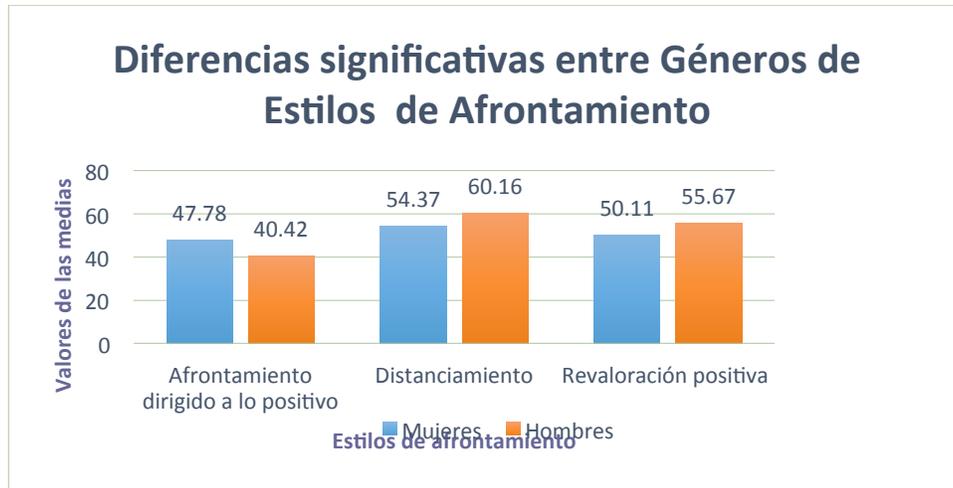
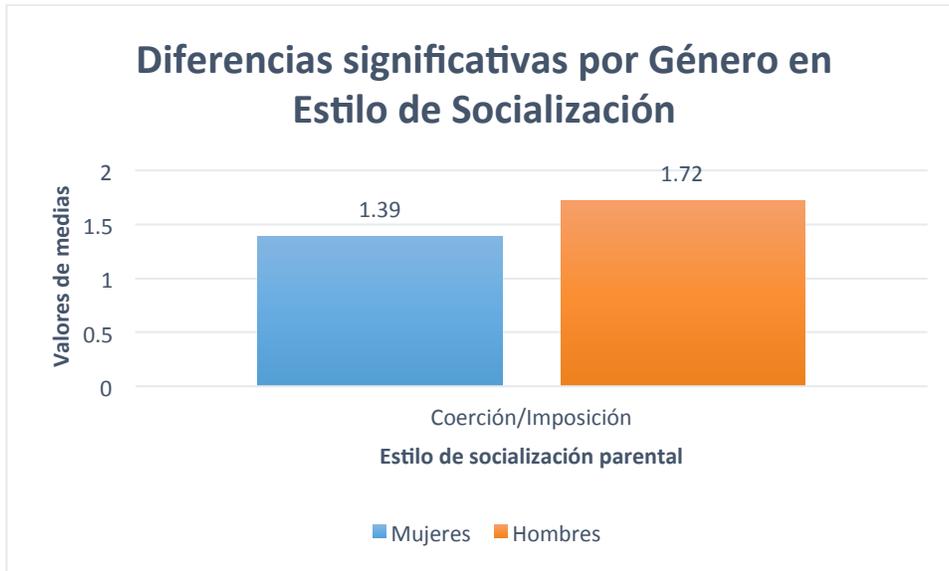


Figura 3.

### Diferencias de género en estilo de socialización



### **3.5 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria**

#### **3.5.1 Productos Tecnológicos**

En cada semestre se realizó un manual o video referente a cada uno de los modelos teóricos aprendidos, los cuales tenían el objetivo de poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridas.

<b>Semestre</b>	<b>Materia</b>	<b>Manual/Video</b>
<b>1</b>	<b>Seminario Modelo Estructural</b>	<b>Manual y video del Modelo Estructural</b>
<b>2</b>	<b>Seminario Terapia Estratégica</b>	<b>Video del Modelo Estratégico</b>
	<b>Seminario Terapia Breve Centrada en Problemas</b>	<b>Manual de las Técnicas del Modelo Terapia Breve Centrada en Problemas</b>
<b>3</b>	<b>Seminario Terapia Breve Centrada en Problemas</b>	<b>Taller “Todos contra la Depresión”</b>
<b>4</b>	<b>Seminario Sexualidad y Pareja</b>	<b>Glosario de Sexualidad y Pareja</b>

#### **3.5.2 Programas de Intervención Comunitaria**

Participé como terapeuta voluntaria en el Programa de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio del centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, durante el semestre 2016-1 (VER ANEXO1). Este programa tiene la finalidad de brindar atención psicológica breve a estudiantes y personal de la FESI, que haya experimentado alguna situación traumática, presente ideación suicida o bien, tenga

antecedentes de algún intento de suicidio y solicite el servicio. Se dedicaron dos horas semanales de servicio.

### **3.5.3 Asistencia y Presentación en Foros Académicos**

*Asistencia a eventos académicos (documentos probatorios, ver ANEXO 2).*

- **4o Congreso Internacional: “Terapia Breve y Familiar MRI, Ayer y Hoy.** Congreso celebrado en Cholula, Puebla por el Centro de Terapia Familiar y de Pareja (CEFAP) en octubre de 2014. Asistí a conferencias y talleres sobre estrategias implementadas por Terapeutas Internacionales en su práctica clínica desde los Modelos de Terapia Breve Centrada en Problemas y Centrada en Soluciones
- **Taller “Familias y diversidad sexual: Reflexiones para el acompañamiento terapéutico”.** Realizado en el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF) en diciembre de 2014. Asistí al taller que enfatizaba la importancia del conocimiento en diversidad sexual para el ejercicio del terapeuta que acompaña a familias diversas.
- **Taller “Revisando la Terapia Familiar: el terapeuta y su quehacer clínico”.** Llevado a cabo en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y organizado por el Programa de Maestría en Terapia Familiar en mayo de 2015. Asistí al taller en el que se abordaron diferentes estrategias para el trabajo con familias latinoamericanas y la importancia de considerar su contexto y utilizarlo como recurso del terapeuta.

*Participación en eventos académicos (documentos probatorios, ver ANEXO3):*

- **Quinto Congreso de Alumnos de Posgrado.** Participé en la categoría cartel con el tema “Relación entre estilos de socialización parental, bienestar subjetivo y afrontamiento en adolescentes usuarios de drogas” Ciudad Universitaria, 23 al 25 de marzo de 2015.

- **Tercer Coloquio “Resiliencia Familiar”. Una ventana a nuevas perspectivas familiares.** Participación en sesión cartel Centro Medico Siglo XXI, 10 Y 11 de julio de 2015.

**Estancia Académica en Buenos Aires** del 02 de enero al 04 de marzo de 2016.

Concentrado de actividades prácticas e integración durante la pasantía:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>No. Sesiones</b>	<b>No. Hrs</b>
<b>Ambulatorio Intensivo Grupal</b>	<b>40 sesiones</b>	<b>160 hrs</b>
<b>Ambulatorio Grupal</b>	<b>8 sesiones</b>	<b>16 hrs</b>
<b>Grupo de Codependencia</b>	<b>8 sesiones</b>	<b>16 hrs</b>
<b>Análisis de caso con equipo terapéutico</b>	<b>8 sesiones</b>	<b>24 hrs</b>
<b>Grupo de referentes</b>	<b>8 sesiones</b>	<b>20 hrs</b>
<b>Sesiones y/o videos de Terapia familiar, vincular e individual</b>		<b>10 hrs</b>
<b>Sesiones de integración referentes al proyecto de Tesis</b>	<b>2 encuentros</b>	<b>4hrs</b>

### **3.5.4 Habilidades de desarrollo de compromiso y ética profesional**

Para desarrollar este apartado se retomaron dos referencias el Código ético del Psicólogo (2007) y el Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997).

Algunos aspectos que se integran con la práctica en la Residencia de Terapia Familiar Sistémica es la siguiente:

- Responsabilidad con los pacientes

Cuando se termina el semestre, y el proceso terapéutico continúa se da prioridad para ser pacientes del siguiente semestre. Sin embargo como fue en los casos analizados en este reporte, se consideró importante fueran seguidas las sesiones por lo que se realizó una canalización a una institución dedicada a tratamiento de adicciones.

- Confidencialidad

Los casos presentados aquí, son cambiados de nombre e identidad para resguardar la confidencialidad de los pacientes.

- Responsabilidad con estudiantes, supervisados

Cuando se inicia cualquier proceso terapéutico se aclara a las familias que estamos cursando la maestría, y que contamos con una licenciatura en psicología. Así mismo que estamos acompañados por un equipo terapéutico entre ellos nuestro supervisor de caso.

- Consentimiento informado

Este tiene la finalidad de brindar información sobre los beneficios, posibles riesgos, consecuencias, entre otras. de acuerdo a la forma de participación de los pacientes. En el caso específico de la atención a pacientes en la maestría se da un consentimiento informado y se solicita si están de acuerdo firmar el documento. También se les comunica que las sesiones son videogradas para su uso clínico, y que no son propiedad del terapeuta sino de la Universidad. El documento también es firmado por el terapeuta quien se compromete a respetar la confidencialidad y cuidado de los datos personales.

# Capítulo 4.

## Consideraciones Finales

#### **4. 1. Habilidades y competencias profesionales adquiridas.**

A lo largo de la Maestría en Terapia Familiar Sistémica, fui desarrollando distintas habilidades y competencias. Algunas son:

- Cambio de epistemología. Comprender las situaciones desde una epistemología sistémica, dejando de lado la visión lineal causa-efecto.
- Conocimientos de investigación cuantitativa. Manejo del programa SPSS, análisis estadístico.
- Epistemología en la que se sustenta la investigación cualitativa, manejo del programa Atlas ti, análisis de datos.
- Conocimientos relacionados a diferentes temáticas como son: ciclo vital de la familia, contexto social y cultural de las familias mexicanas.
- Conocimientos y práctica en la aplicación de pruebas psicométricas sobre personalidad, inteligencia, familia, relaciones de pareja, reuniendo las habilidades adquiridas en la elaboración de un psicodiagnóstico.
- Habilidades clínicas de observación y trabajo con supervisión y equipo terapéutico.
- Conocimientos teóricos y práctica sobre los modelos de intervención: Modelo Estructural, Modelo Estratégico, Terapia Breve Centrada en Problemas, Terapia Breve Centrada en Soluciones, Terapia Narrativa y Terapia Colaborativa.
- Conocimiento sobre la elaboración de expedientes clínicos
- Experiencia clínica con diversas poblaciones: adicciones, casos de violencia, conflictos de pareja, divorcios, problemas de rendimiento escolar, etc.
- Conocimiento de trabajo comunitario desde la perspectiva sistémica. Diagnostico comunitario, diseño de intervención comunitaria.
- Teoría en la temática de sexualidad, relación de pareja, diversidad sexual, género, sexo y orientación sexual.
- Habilidades terapéuticas: construcción de la alianza terapéutica, realizar preguntas, identificación de la función del síntoma en la dinámica familiar, respetar los tiempos de cambio de las familias y consultantes, identificación de mitos, creencias familiares. Tener visiones distintas sobre un mismo problema, validar puntos de vista diferentes. Hacer una evaluación continua y seguimiento del proceso terapéutico.

## **4.2. Reflexión y análisis de la experiencia**

### **Primer Semestre**

- Cambio de epistemología: Al iniciar la maestría, una de las cosas más interesantes fueron las lecturas, las clases que tuvieran que ver con la epistemología sistémica donde se dejaba de ver las cosas de forma lineal, para verlas de forma circular, recursiva. También el tema de la “complejidad” fue otro tema que me gustó mucho, sin embargo no fue del todo fácil cambiar de paradigma con la formación de causa-efecto por años. Fue una grata experiencia porque se sentía la comprensión, empatía por parte de los profesores y el acompañamiento de los compañeros, donde juntos construíamos los conocimientos y se iban desvaneciendo las dudas.
- Acercamiento al equipo terapéutico y supervisión: Ha sido de las experiencias en mi formación más fascinantes, cuando estuve como observadora en el equipo terapéutico, absorbí la importancia de la supervisión. Dónde se permiten ver distintas miradas de un mismo caso, la experiencia personal, profesional se conjuga para lo mejor de los consultantes.

### **Segundo Semestre**

- Inicio como terapeuta: Cuando comencé a ser supervisada, llegue a sentir temor, sin embargo con el tiempo fui sintiendo una sensación de ser acompañada, de recibir retroalimentaciones positivas y siempre para sumar como terapeuta. Siempre me gusto el ambiente de todo el equipo terapéutico, donde se dio en todo momento el respeto, la solidaridad, el compromiso, y la responsabilidad.
- Tener la experiencia de realizar investigación cuantitativa, me encantó ya que adquirí varias habilidades en la maestría, como recolección de datos, visitar distintos Centros de Atención de Adicciones, para aplicar los instrumentos de evaluación, y resolución de datos.

## **Tercer Semestre**

- **Práctica Clínica:** Durante esta etapa la practica clínica ya se había acumulado, los compañeros y yo habíamos crecido como terapeutas, ya no tenía la sensación del temor por ser vista dando terapia, sentía que fluía más con cada uno de los casos. Realizaba con mayor facilidad preguntas sistémicas, formaba hipótesis sistémicas. Me sentía bien siendo terapeuta, me agradaban las intervenciones realizadas, y el escuchar los comentarios de los supervisores y compañeros, me permitió darme cuenta que había adquirido conocimientos, habilidades y seguridad con el Modelo Sistémico.
- **Trabajo comunitario sistémico.** Por vez primera se incluyó en el programa de la maestría, un seminario sobre el trabajo en comunidades desde la visión sistémica. Fue una gran experiencia ya que considero que es importante salir del consultorio y mirar otras realidades. Ya no se pudo aplicar el trabajo en el campo, pero si tuvimos la experiencia de diagnosticar a la comunidad universitaria de la FES Iztacala, respecto a sus necesidades de seguridad en la población estudiantil. Sería interesante dedicar más semestres a este seminario, ya que es una herramienta muy útil para los egresados de la maestría.
- Durante este semestre, se llevó a cabo la estancia académica en Argentina, me gustó poder contactar a la Fundación Dasein, donde tienen como objeto social las adicciones, tema que me apasiona y con el cual he tenido acercamiento laboral y académico. Por otro lado el trabajo que realizan en dicha fundación es con una visión sistémica, que me permitió aunar experiencias antes de la maestría y con la maestría en el tema del consumo de sustancias psicoactivas.

## **Cuarto Semestre**

- **Acercamiento a las terapias posmodernas:** Me agrado que en la maestría se tocará esta epistemología, ya que fue una forma de comprender que no existen terapias buenas o malas, mejores o peores, simplemente son distintos lentes con los que uno

mira el mundo. No me fue sencillo aplicar las ideas posmodernas, quizá porque provocaban un choque con las ideas anteriores, incluso algunas sistémicas. En mi práctica he retomado algunas ideas, y lo veo como otra posibilidad de intervención.

- Acercamiento a la sexualidad desde una visión sistémica. El seminario de sexualidad y pareja, fue muy enriquecedor, tuvimos la oportunidad de hablar de este tema desde la perspectiva sistémica, retomando la diversidad sexual y conocer la teoría de Judith Butler, la cual me pareció muy interesante.

### **4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.**

Sin duda este apartado, tenía que estar presente porque todo es una relación mi estar en este mundo como terapeuta, en mi vida personal y en el ámbito laboral. Para mí la maestría fue un antes y después en mi vida, me ha hecho una persona más reflexiva, analítica, sensible, y comprensiva de la complejidad de las relaciones humanas.

Como terapeuta, me ha seguido formando como una profesional integra, comprometida, responsable con la salud mental mía y de los demás. También me ha hecho cuestionarme muchas creencias personales, expectativas de lo que espero de una familia, reconociendo que todos tenemos recursos para afrontar de la mejor manera la vida.

### **REFERENCIAS**

Agudelo, B. y Estrada, A. (2013). Terapias Narrativa y Colaborativa: una mirada del lente del construccionismo social. *Revista Facultad de Trabajo Social*. 29, (29), 15-48.

Ahumada-Cortez., Gámez-Medina y Valdez-Montero (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Revista Ra Ximhai*. 13, (2), 13-24.

Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y Familia*. 8 (1), 3-7.

Andersen, T. (2005). Procesos de reflexión: actos informativos y formativos. En

- Friedman S. (Comp). *Terapia Familiar con equipo de reflexión: una practica de colaboración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (s/f). *Harlene Anderson: Selected Writings. Posmodern social construction therapies*. Recuperado de <http://socialconstructiontherapy.com/postmodern-social-construction-therapies.php>
- Anderson, H. (2012). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires. Amorrortu
- Beltran. R. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz. R. *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México. Pax-México.
- Berg, I., & Miller, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol: orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. España: Gedisa.
- Beyebach, M y Herrero de Vega, M. (2010). *200 Tareas en Terapia Breve*. Barcelona: Herder.
- Bollás, B. (2014). *Construyendo la diversidad de género: un camino de múltiples posibilidades en la Terapia Familiar Sistémica*. (Reporte de Experiencia Profesional, Maestría, UNAM). Recuperado de <http://oreon.dgbiblio.unam.mx>
- Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997).
- De Shazer. S. (2014). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona. Paidós
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2011). “Supervisión y sistema terapéutico”. En Montalvo, J. y Espinosa, R. (Ed.), *Supervisión y terapia sistémica: Modelos, propuestas y guías prácticas* (53-70). México: INFASI.

*Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol.* Villatoro-Velázquez JA, Resendiz Escobar, E, Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México:INPRFM-2017.

Hoffman, L (2005) *Fundamentos de la terapia familiar. Un cambio conceptual para el cambio de sistemas.* Fondo de Cultura Económica: México.

Ibarra, A. (2004). ¿Qué es la terapia colaborativa?. *Athenea Digital.* Recuperado de: <http://atheneadigital.net/article/view/n5-ibarra/128-pdf-es>

Marcos, J. y Garrido, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología.* 27(2-3). 339-362. Recuperado de [http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Marcos\\_Juan.pdf](http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Marcos_Juan.pdf)

Medina-Mora, Peña-Corona, Cravioto, P. y Kuri, P. (2002). Del Tabaco al abuso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. *SCIELO Salud Pública.* 2002 (44), 109-115.

Natera, G., Tiburcio, M., Mora, J y Orford, J. (2009). *Apoyando a familias que enfrentan problemas por el consumo de alcohol y drogas.* México: PAX.

O'Hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (2014). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia.* España: Paidós.

Organización Panamericana de la Salud. *México ocupa el séptimo lugar a nivel mundial en muertes por accidentes de tránsito.* Recuperado de: <https://www.paho.org>

Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Terapia Familiar.* España: Gedisa.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Editorial Trillas.

Ruiz, C., Herrera, B., Martínez, B y Supervielle, M. (2014). Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista Cubana Bioméd.* 33 (4).

Vilalta, P. (2010). Un examen de la relación entre el consumo de sustancias y la comisión de delitos en México. *Estudios Sociológicos.* XXVIII, (82), 113-134

# ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
SECRETARÍA DE DESARROLLO Y RELACIONES INSTITUCIONALES  
UNIDAD DE RELACIONES INSTITUCIONALES  
CENTRO DE APOYO Y ORIENTACIÓN PARA ESTUDIANTES

Otorgan la presente

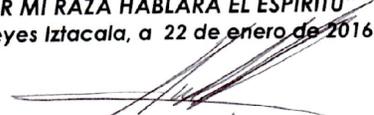
# Constancia

A:

**Nelly Berenice Cruz López**

Por su valiosa colaboración como **TERAPEUTA** en la estrategia de **Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio** del **Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes** de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, durante el Semestre 2016-1.

*"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"*  
*Los Reyes Iztacala, a 22 de enero de 2016*

  
Dr. Angel Corchado Vargas  
Jefe de la Unidad de Relaciones Institucionales



**Centro de Terapia Familiar y de Pareja**  
**Unidad de Posgrados de la Familia y la Pareja**



Otorgan la presente:

***Constancia***

**A** NELLY BERENICE CRUZ LÓPEZ

Por haber asistido al:

**4<sup>o</sup>** *Congreso Internacional:*  
**“Terapia Breve y familiar  
MRI  
Ayer y hoy”**

Realizado los días  
24, 25 y 26 de octubre 2014  
Con una duración de 27 hrs.  
Puebla, Pue.



**UNIFEAP**  
Unidad de Posgrados de la  
Familia y la Pareja

Centro de Terapia Familiar  
y de Pareja  
**C.E.F.A.P.**

**Mtro. Felipe Gutiérrez Gutiérrez**  
**Director General CEFAP**



Instituto Latinoamericano  
de Estudios de la Familia, A.C.

Otorga la presente

## Constancia

**A Nelly Berenice Cruz López**

Por su asistencia al taller:

**“Familias y diversidad sexual:  
Reflexiones para el acompañamiento terapéutico”**

La presente se otorga en México, D.F. a los 6 día del mes de diciembre del año 2014.

  
Mtra. Adriana Segovia Urbano

Presienta

  
Mtra. Lilia Zapan S.

Directora de Educación Continua



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

División de Investigación y Posgrado

Otorgan la presente



# Constancia

**A: Cruz López Nelly Berenice**

Por su asistencia al Taller **“Revisando la Terapia Familiar: el  
terapeuta y su quehacer clínico”**

Impartido por el Dr. Carlos J. Sánchez, el 12 de mayo de 2015 con  
una duración de 4 horas.

**“Por mi raza hablará el espíritu”**

**Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz**  
Jefe de la División de Investigación y Posgrado



La Universidad Nacional Autónoma de México

a través de la  
Coordinación de Estudios de Posgrado  
otorga la presente constancia a

**CRUZ LÓPEZ NELLY BERENICE**

Por su participación en el Quinto Congreso de Alumnos de Posgrado  
con el proyecto académico:

Relación entre estilos de socialización parental, bienestar subjetivo y  
afrentamiento en adolescentes usuarios de drogas.

Mampara: 39

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

México, D. F. Ciudad Universitaria, 23 al 25 de marzo de 2015

**Dr. Juan Pedro Laclette**  
Coordinador de Estudios de Posgrado



**Instituto de Terapia Familiar  
Cencalli**



OTORGA LA PRESENTE  
**CONSTANCIA**

A: *Cruz López Nelly Berenice*

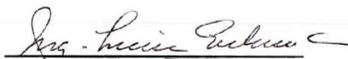


Por su participación en la Sesión Cartel

**TERCER COLOQUIO "RESILIENCIA FAMILIAR"**

Una ventana a nuevas perspectivas familiares

Ciudad de México, 10 Y 11 DE JULIO DE 2015.

  
Dra. María Luisa Velasco Campos  
Directora General

  
Mtra. M.A. Edith García Cerón  
Directora Académica