



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

“El consumo de sustancias psicoactivas entendido desde el modelo estructural”

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

PRESENTA:
FABIOLA GABRIELA RODRÍGUEZ CANO

TUTORA PRINCIPAL:
DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA (FES IZTACALA)

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. NELIDA PADILLA GÁMEZ (FES IZTACALA)
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO (FES IZTACALA)
MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA (FES IZTACALA)
DR. ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ (FES IZTACALA)

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MÉXICO, FEBRERO 2021



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.

AGRADECIMEINTOS

A mi amada **Universidad Nacional Autónoma de México**, mi casa de estudios desde el 2005, me siento agradecida, orgullosa y comprometida a retribuir a la sociedad en su nombre.

A **CONACYT** por apoyar mi formación profesionalizante, un gran compromiso.

A **los y las profesoras de la Maestría** por compartir sus conocimientos, experiencias y ayudarme a entender la importancia de ser exigente en mi formación para que se refleje en mi trabajo y en las personas que atiendo.

A mi tutora, la **Dra. Xóchitl** por su compañía cercana en este proceso de creación que no fue tan sencillo como parecía, por impulsarme y recordarme que se podía concluir de una manera correcta.

A la profesora **Susy**, porque seguramente sin darse cuenta muchas veces sus palabras me impulsaron, me ayudaron a confiar en mí como profesional, a clarificar y aterrizar mi postura en la vida y por ayudarme a ver excepciones en mi vida.

A mi **generación**, me siento muy bendecida por coincidir en la vida académica y construir una relación que trasciende salones, gracias por ser compañeros, supervisoras, maestros y amigas.

A mi **familia**, por confiar en mí, por recordarme la importancia de iniciar y concluir ciclos, por el apoyo incondicional y simplemente por ser parte de mi vida.

A cada **consultante** que pude atender directa o indirectamente en mi formación, las experiencias adquiridas gracias a su confianza permitieron mi crecimiento.

Y, por último, a **la vida** por ser tan bondadosa conmigo y ponerme oportunidades en mi camino para crecer.

INDICE

| | |
|---|-----|
| Capítulo 1. Análisis de campo social | 4 |
| 1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas..... | 5 |
| 1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica..... | 14 |
| 1.3 Cuadro de familias atendidas..... | 19 |
| Capítulo 2. Marco teórico..... | :29 |
| 2.1 Modelo que guió los casos clínicos..... | 30 |
| 2.2 Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos clínicos ... | 46 |
| Capítulo 3. Casos clínicos..... | 50 |
| 3.1 Integración de dos expedientes de trabajo clínico, con su análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica con los dos casos elegidos | 51 |
| 3.2 Análisis del sistema terapéutico total..... | 85 |
| Capítulo 4. Consideraciones finales..... | 90 |
| 4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas: teórico conceptual, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social..... | 92 |
| 4.2 Reflexión y análisis de la experiencia..... | 112 |
| 4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional. | 114 |
| Referencias bibliográficas..... | 116 |

CAPÍTULO 1.
ANÁLISIS DE CAMPO SOCIAL

Capítulo 1. Análisis de campo social

1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas.

Dentro de las prácticas profesionales que se llevan a cabo en la Residencia en Terapia Familiar se ven diversas problemáticas y temáticas que los consultantes, ya sean familias, parejas o individuos buscan trabajar por medio de un proceso terapéutico. Dentro de estas temáticas tratadas a lo largo de los dos años de formación, se ubicaron las siguientes: remisión de profesoras a alumnos que son considerados “inquietos” o incluso con diagnóstico de TDAH; adolescentes que tienen un comportamiento inadecuado con la familias o en la escuela; problemas en la comunicación entre los miembros de la familia que dificultan o maximizan las diferencias convirtiéndose en problemáticas; peleas o discusiones entre exparejas y que pueden estar perjudicando al desarrollo y convivencia de los hijos en común; la conformación de familias en dobles nupcias o de nuevas formas de ser familia; parejas que buscan recuperar, mejorar o definir su relación; también por la presencia de violencia en la relación de noviazgo o en el matrimonio; presencia de tristeza o posible depresión en una persona, acudiendo como familia o de manera individual; consumo de sustancias psicoactivas, entre muchos temas más.

Para el presente reporte/informe de experiencia profesional se profundizará en el último tema, el cual, se abordó en algunas de las consultas brindadas durante las prácticas clínicas, tanto por ser el motivo de consulta principal, como al identificar que dentro de los otros motivos por los que se solicita la consulta se encuentra relacionado íntimamente la presencia del consumo de sustancias psicoactivas por parte de uno o más miembros de la familia.

Otro punto por el cual se decidió retomar la problemática en este reporte es que el tema es de interés social, de salud, económico, legal y cultural, siendo una práctica y problemática a nivel local, nacional e internacional. Por ello, se hace una breve revisión sobre las estadísticas relacionadas con el tema, varios de los lugares que actualmente tenemos en México para abordar la problemática, y algunas propuestas que existen para el tratamiento.

De acuerdo con lo reportado por la United Nations Office on Drugs and Crime en el Informe mundial sobre las drogas (2013) se identifica que el número de personas consumidoras ha incrementado de acuerdo con la población, sin nombrar una sustancia específica de impacto a nivel mundial. Pero, si reportan que las características de las personas consumidoras, las características de sustancias psicoactivas consumidas, las rutas y obtención de las sustancias están diferenciadas por cada continente y país. Nombrando algunos países en específico que tienen mayor control sobre las rutas y maneras de distribución. En su reporte del año 2017, la principal droga de consumo a nivel mundial con una prevalencia de 3.8% es la marihuana, complementando que un 39% de la población que se somete a tratamiento es por trastornos asociados al consumo de cannabis.

En nuestro país se observó un incremento importante en el consumo de sustancias ilícitas en el 2008 a comparación del reporte de 2002, dicho aumento se mantuvo en el 2011, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), aplicada en México en 2002, 2008 y 2011. En la ahora llamada Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) que tiene su último reporte en el periodo 2016-2017, se nota de nuevo un incremento en el consumo de sustancias ilegales, pasando de 7.2% (2011) a 9.9% (2016) en población general.

En estas encuestas, ENA y ENCODAT, podemos encontrar datos oficiales, algunos de ellos nos permiten vislumbrar la existencia de una diferencia sobre el consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo con el sexo, la edad de inicio, la sustancia preferida tomando en consideración los diferentes rangos de edad, la sustancia preferida según el sexo, el número de personas en tratamiento por el abuso o dependencia a alguna de la sustancia psicoactiva, entre algunos otros datos.

Como interés para el trabajo aquí presentado, se consideran algunas variables de importancia y se profundiza en estas (la edad de consumo, la sustancia de

preferencia, la edad de inicio de consumo, las diferencias de acuerdo al sexo en el consumo y el consumo de sustancias como parte de un sistema social).

Se inicia con el rango de edad, encontrando a los adolescentes. Esta población suele estar en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, puesto que suele ser la edad de inicio de consumo y experimentación de sustancias legales como ilegales. Dicho dato se relaciona con lo que reportan Nuño y Flores (2004), ellos encontraron que los adolescentes que comienzan el consumo de sustancias psicoactivas por experimentación y curiosidad están en riesgo de llegar a un consumo excesivo o incluso pueden llegar a desarrollar la dependencia a una o más sustancias.

En las comparaciones epidemiológicas que reporta el ENA (2011) y ENCODAT (2016-2017), encontramos que los adolescentes categorizados por rango de edad de 12 a 17 años han incrementaron el consumo, tanto los que han probado una droga, aunque sea una vez en la vida (3.3% a 6.4%) y los que consumen sustancias ilegales (2.9% a 6.2%). Un dato obtenido de la última encuesta del 2016-2017 refiere que de los adolescentes que presentan dependencia a sustancias, el 0.6% necesita algún tipo de tratamiento, y de los adolescentes sin dependencia necesita tratamiento el 5.8%, aparentemente podríamos decir que no es un dato de importancia porque ni siquiera la mitad de estos necesitan tratamiento. Pero consideremos la etapa de vida, el adolescente continúa en desarrollo biopsicosocial, suele ser la edad de inicio de consumo y existe la posibilidad de agudizarse el consumo o las consecuencias asociadas a este. Por ello, es un llamado de atención a realizar intervenciones preventivas, en su mayoría, y de tratamiento, estos enfocados en disminuir consecuencias biopsicosociales.

Otros datos relevantes de las estadísticas arrojadas por la ENA (2008, 2011), son el tipo de sustancia psicoactiva de preferencia y la sustancia de inicio.

En el primer punto, se reporta que la marihuana es la más prevalente (1.3%), seguida de la cocaína (0.4%) y de los inhalables (0.3%), lo que concuerda con la

encuesta realizada por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) en el 2008, donde de igual manera se reporta la marihuana como la sustancia de preferencia. Y, además, el NIDA asegura que la composición de marihuana ha ido en transformación a lo largo de tiempo, incrementando su potencia y los efectos negativos de quienes la ingieren. Corroborado con el informe del ENCODAT 2016-2017, el que reporta en la población global un incremento en el consumo de marihuana del 6% al 8.6% en comparación con el 2011.

En el segundo punto, sobre la sustancia de inicio, se observa que el alcohol es la primera sustancia que prueban las personas, como se había mencionado principalmente en la adolescencia o hasta en la niñez, manteniéndose la edad de inicio de consumo de alcohol en 17 años o menos del 2011 al 2016-2017, con un porcentaje de 55.2% y 53.1% respectivamente, a comparación de otros rangos de edad. Esto último, coincide con algunas investigaciones, como la realizada por Alfaro, Vázquez, Fierro, Muñoz, Rodríguez y García (2014) ellos corroboran que la mayoría de los adolescentes que forman parte de la población del estudio comenzaron con el alcohol como su sustancia psicoactiva de inicio, precediendo al consumo de otras sustancias, como la marihuana y los inhalables, que, a su vez, se relaciona con el primer punto de sustancias preferidas.

Por otra parte, también es de relevancia integrar y por ende cuestionar el rol que la sociedad y la cultura pueden estar jugando en el tema. Dado que dependerá del momento histórico y del lugar del mundo que se tome como referencia para poder entender en su amplitud un problema. En este caso, el consumo de sustancias psicoactivas es un tema de abordaje internacional, pero que tendrá sus particularidades por lo anteriormente mencionado.

Ejemplo de ello, es que, en varias partes del mundo, y en especial en América Latina, el consumo de alcohol es una práctica común, aceptada, normalizada y reforzada culturalmente. Se vincula con el sentido de pertenencia a un grupo o contexto; se encuentra implementado en los rituales culturales (festejos, muertes); y, está asociado a los roles de género. El último se retoma conjunto con las estadísticas que reportan un incremento considerable en el consumo de alcohol y

otras drogas por parte de ambos sexos, pero con una puntuación a analizar en el caso de las mujeres.

Para enfatizar, se reporta la información hasta el momento con diferencia de sexo del consumo de alcohol y de drogas ilícitas. En el tema de alcohol, el abuso/dependencia en población global incrementó del 4.1% en el 2002 al 5.5% para el 2008. Por sexo, ambos tuvieron incrementos importantes de 8.3% a 9.7% en hombres y de 0.4% a 1.7% en mujeres. En mujeres adolescentes con dependencia al alcohol se notaron diferencias significativas entre el 2002 y el 2011, al triplicarse pasando de 0.6% a 2%; y en las mujeres de 18 a 66 años también hubo una diferencia significativa en estas fechas duplicándose (0.7% a 1.7%) (ENA, 2002 2011). Los datos obtenidos en el ENCODAT 2016-2017 no reportan diferencias de incremento.

Y, en relación con el consumo de sustancias ilícitas en población global, encontramos incrementos significativos en los tres cortes de fecha, pasando de 1% en 2002 a 2.3% en 2011 y a 4.3% en 2016 (ENA, 2002 2011), (ENCODAT 2016-2017).

Esto no quiere decir que las mujeres están igualando el consumo de los hombres o hasta sobrepasándolo, considerando las estadísticas, pero si es de relevancia dado que se están viendo condiciones importantes de consumo que de igual manera deben ser tomadas en cuenta y atendidas, recordando que se ha hablado durante el escrito del posible impacto que se puede tener en las diversas esferas de desarrollo de la persona, sea hombre o mujer.

Haciendo un recuento, hasta el momento se ha hablado de la problemática del consumo de la persona, pero para el presente trabajo otro elemento de interés es visualizar qué presencia o no tiene esta temática en las relaciones familiares.

Lamentablemente si recurrimos a las estadísticas nacionales e internacionales hay pocos reportes, o pocas categorías dentro de los reportes que nos permitan vislumbrar los impactos del consumo de sustancias psicoactivas en las relaciones

familiares, limitando así el abordaje o comprensión amplia de la situación y sus diversos elementos. También, es necesario considerar que hasta las encuestas que se hacen a nivel nacional se enfocan en evaluar elementos individuales de la persona en consumo y no en el efecto en sus relaciones (de pareja, con padres, con hijos y con red de apoyo), dejando de visualizar al sistema amplio.

Al inicio del capítulo se comentó que otro aspecto a desarrollar en el presente capítulo es nombrar algunas de las organizaciones que existen actualmente en México que brindan tratamiento y prevención ante el consumo de sustancias psicoactivas, pero antes de eso, se menciona la institución que supervisa, regula y verifica el trabajo de todo centro de atención y/o clínica de rehabilitación en adicciones a nivel nacional.

La Secretaría de Salud, es la institución rectora que dirige y regula el ejercicio de las clínicas y/o centros de rehabilitación, su principal medio de supervisión es a través de La Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), la cual, se enfoca en que se respeten los derechos humanos, se haga un trabajo ético, se cumplan con las normas de salud física, psicológica y médica, así como el cuidado de la información personal. CONADIC desde 1986 cuenta con Consejeros Estatales contra Adicciones, que permite tener mayor control en cada estado, así como poder estar en contacto con la población en vulnerabilidad. Además, tiene un espacio de capacitación y formación en el tema, ya sea al generar manuales de acción, cursos y diplomados, y trabaja en conjunto para obtener las estadísticas nacionales.

Ahora sí, en cuanto a las instituciones o centros que atienden el consumo de sustancias podemos encontrar a nivel nacional:

-*Centros de Integración Juvenil (CIJ)*, se fundaron en 1969 como una asociación civil incorporada al Sector Salud, y han tenido evolución en los tratamientos que brindan, ampliando la visión del cómo abordar la problemática. Cuentan con tratamiento ambulatorio, centro de día, hospitalización para desintoxicación, hospitalización de estancia corta y unidades para reducción de daño. Además, de

abordar la prevención, tratamiento, investigación y enseñanza del consumo de sustancias psicoactivas.

-Unidad de Especialidades Médicas en Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA), derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se dirigen especialmente a la prevención, detección de casos que requieren tratamiento, brindan tratamiento breve por consumo de sustancias y canalización a servicios residenciales.

-Hospitales a nivel nacional y en especial que cuenten con servicio de psiquiatría, en realidad, son instancias de atención contadas y con ciertos niveles de alcance que se enfocan principalmente en la atención de urgencias y contención, pero suelen referir a otras instancias.

-Centros de rehabilitación privados, la mayoría de los tratamientos brindados a nivel nacional son por instancias particulares, instituciones no gubernamentales e instancias privadas sin fines de lucro. Las cuales abordan prevención, tratamiento (ambulatorio, centro de día, residencial), capacitación e investigación.

En este enlace se pueden encontrar en directorio de los centros residenciales de atención a adicciones reconocidos por CONADIC (enero 2021).

<https://datos.gob.mx/busca/dataset/directorio-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos>

En el siguiente enlace se comparte el directorio de los centros de atención para adicciones registrados en la Ciudad de México y que están regulados por el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA).

<https://iapa.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Directorio%20de%20centros%20registrados%20de%20atencion/directorio-de-caas-al-31-de-diciembre-de-2020.pdf>

Por último, se considera conveniente que se conozca a grandes rasgos los modelos de tratamiento que reconoce la Secretaría de Salud a través de la CONADIC, nombrado en la NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de adicciones.

En la norma encontramos 3 modelos:

- a) Ayuda mutua: brindado por personas en recuperación de una adicción, empleando como base la filosofía de 12 paso de Alcohólicos Anónimos (A.A.).
- b) Modelo mixto: combina el programa de ayuda mutua con los servicios profesionales.
- c) Modelo profesional: que brindan servicio exclusivamente de profesionales de la salud.

Dentro de esos modelos, existen los niveles de atención, que se vinculan con el nivel de consumo, la sustancia de impacto y los factores de riesgo presentes:

- a) Consejería breve: está dirigido a los usuarios en etapa de experimentación.
- b) Tratamiento ambulatorio: es para los usuarios en abuso de sustancias.
- c) Residencial: es para la población con dependencia a alguna sustancia.
- d) Tratamiento médico-hospitalización: es para las personas que se encuentran con intoxicación aguda.
- e) Semiresidencial o centro de día: está dirigido a los usuarios que abusan y/o tiene dependencia.

Con respecto a los tratamientos dirigidos a los consumidores, el NIDA (2010) publicó los principios para el tratamiento de personas que presenten adicciones a sustancias, poniendo gran énfasis en: la importancia fisiológica; la planeación del tratamiento de acuerdo con el individuo, es decir, el tratamiento es indicado y

exclusivo para cada persona; la importancia de recibir terapia individual y de grupo; la revisión constante de la evolución; entre otros aspectos. Pero en ningún momento menciona la relevancia que puede existir de acuerdo con el género y la construcción que implica dicha identidad, ya que como se ha mencionado anteriormente, es un elemento que si hace diferencias en las estadísticas, y que es esencial el ser hombre o mujer para de ahí visualizar desde donde se desenvuelven, desarrollan, significan y dirige cada uno. Lo cual, evidencia que las recomendaciones de tratamiento tienen una visión lineal de abordaje, lo cual se irá abordando y entendiendo a largo del escrito.

A nivel nacional, CONADIC ha generado manuales de atención¹ que toman en consideración varios elementos como cuestiones fisiológicas, niveles de dependencia, situaciones de riesgo y de protección de cada consumidor, la edad de atención, manejo de conductas y emociones. Siendo las intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual las más sugeridas en diversos manuales, es decir, se emplea la epistemología lineal.

En las intervenciones con los familiares, de igual manera, las bases teóricas que se retoman son cognitivo conductuales, teniendo como objetivos la psicoeducación, la escuela para padres y la sensibilización a la adicción. Si existen algunas aportaciones desde otros enfoques como el Gestalt y en menor medida el enfoque sistémico, pro aun así, el entendimiento de la problemática y su abordaje sigue siendo explicado desde una causa y una reacción.

Antes de pasar al siguiente apartado del capítulo, es de importancia mencionar que el consumo de sustancias psicoactivas al ser un problema social y de salud, impacta en diversas formas. Tanto de manera individual como en las relaciones de la persona, generando así un impacto psicosocial. Tomando como elementos

¹ Algunos manuales para la atención gestionados por CONADIC “Manual de Aplicación del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUIC)”, “Manual del Programa de Prevención de Recaídas”, “Consideraciones Técnicas sobre la Cannabis”, “Taller para Familiares y Otros Significativos de Usuarios con Problemas de Consumo de Drogas (Manual del terapeuta)”, entre otros. Se pueden encontrar en: <https://www.gob.mx/salud/conadic>

individuales familiares, de pareja, institucionales, políticos, culturales, económicos y sociales.

Por lo antes mencionado, el consumo de sustancias se considera de gran relevancia para generar un reporte de la formación profesionalizada que se tiene en la Residencia en Terapia Familiar, dado que con lo aprendido en la maestría seguramente hay muchas aportaciones que podrían ser integradas a los tratamientos con personas consumidoras y con sus familiares. Además, si consideramos que las problemáticas están relacionadas, puede ser que una familia o persona asista a consulta psicológica por un tema que este siendo impactado de forma directa o indirecta por el consumo de sustancias psicoactivas, lo que, ayudaría es el tener un panorama amplio, permitiendo una intervención más eficiente.

1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica.

La maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, sede Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, cuenta con tres espacios clínicos en donde los residentes atienden a familias, parejas e individuos que soliciten el servicio para un proceso terapéutico.

Los espacios terapéuticos tienen características en las que coinciden, como son:

- 1) Sistema terapéutico: se conforma por un terapeuta asignado al caso, un equipo terapéutico (compañeros en formación que pueden aportar ideas sobre el caso, ayudan a la construcción de mensajes, tareas o posibles intervenciones), el o la supervisora (profesor o profesora de la maestría que apoya en la formación como terapeutas familiares) y en algunos semestres un grupo de observadores (compañeros de primer semestre de la maestría que asisten a las sesiones donde su principal actividad es observar la forma de trabajo, intervenciones y estilo terapéutico).
- 2) Formato de las sesiones: la forma de trabajar las sesiones se pueden dividir en 3 grandes momentos: a) se realiza una pre-sesión, en donde se habla

de un breve resumen de lo trabajado en la sesión anterior y se plantean las posibles líneas de intervención o temáticas a trabajar, b) el o la terapeuta pasa con los consultantes para tener la sesión durante 45 minutos aproximadamente, en este tiempo el equipo terapéutico y el supervisor pueden estar en contacto con el terapeuta para brindar ideas, ampliar temas, proponer preguntas, proponer estrategias o técnicas, hacer puntuaciones que apoyen a continuar con los objetivos de la sesión o del caso en general (esto por llamada o a través de una pizarra), al terminar el tiempo se hace un corte, el terapeuta se reúne con el equipo del otro lado del espejo o se le pide a los consultantes que salgan por unos minutos, se habla sobre la sesión y se planea y crea un mensaje final para compartir con los consultantes, en el cual, puede incluir tareas, metáforas, preguntas reflexivas, entre otras, el terapeuta regresa con los consultantes para compartir el mensaje y se da por terminada la sesión, y, c) se habla de manera breve sobre lo que se trabajó en la sesión, las posibles líneas a seguir en el próximo encuentro, la autorreferencia de los terapeutas y alguna puntuación por parte del supervisor.

Se ve a los consultantes cada 2 semanas en sesiones con una duración aproximada de una hora, se da 15 minutos de tolerancia y la posibilidad de faltar en una ocasión, si faltan más veces se contacta y se les avisa que pasarán de nuevo a la lista de espera, si es que las personas lo desean, si no, se les da otra opción de atención o se les deja la posibilidad de volver a pedir el servicio en otro momento.

- 3) Proceso de atención: Para iniciar el contacto con un consultante el terapeuta a cargo del caso se pone en contacto vía telefónica y hace una entrevista breve, agenda día y hora de atención; el primer día de consulta se lee el consentimiento informado y el reglamento de cada sede, una vez firmado se inician las grabaciones y se tiene la sesión; se generan las boletas de pago que se hacen en la caja de cada sede y se agenda la siguiente sesión; se tiene el proceso acordado con las fechas programadas; al final del semestre se cierra el proceso, ya sea cierre total o cierre por fin

de semestre y el caso se retoma al siguiente periodo, si la(s) persona(s) lo acepta(n), sino, sólo se realiza una llamada de seguimiento.

En cuanto a las características específicas y singulares de cada espacio terapéutico a continuación se presentan de manera breve las tres sedes:

a) Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), Azcapotzalco, UNAM.

Dentro de los servicios que ofrece el departamento de Psicopedagogía del CCH Azcapotzalco se encuentra el servicio de psicología clínica dirigida para los alumnos y sus familiares, así como para los trabajadores del colegio. Las personas que se encuentren interesadas buscan un espacio a través de la coordinación del área, la cual, remite sus nombres y formas de contacto para que los terapeutas familiares en formación tengan un primer acercamiento y se acuerde y asigne un horario para las sesiones terapéuticas. Al finalizar de cada semestre se hace un reporte a el área de psicopedagogía de las personas que fueron atendidas, número de sesiones y motivos por los que se termina el proceso terapéutico.

Dentro de las sesiones se encuentran presentes: el supervisor, el o la terapeuta a cargo del caso, el equipo terapéutico, y en ciertos semestres, un grupo de observadores.

El espacio de trabajo consta de un salón amplio, en una primera parte se encuentra el terapeuta frente a los consultantes y detrás de los consultantes se encuentran los demás miembros del sistema terapéutico.

En el salón se cuenta con un pizarrón, al alcance de la vista del terapeuta, en el cuál, el equipo de supervisión y/o el supervisor pueden transmitirle ideas, preguntas, mensajes o hipótesis. Se cuenta con una videograbadora con la que todas las sesiones son respaldadas.

b) Clínica de Medicina Familiar, Tlalnepantla, perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

La clínica cuenta con servicio de Psicología y abre un espacio para los residentes en terapia familiar, los que atienden los casos que son remitidos por la Psicóloga encargada, por el área de trabajo social o por el área administrativa de la institución. Se atiende a los consultantes que pidan el servicio y que sean derechohabientes o trabajadores del ISSSTE, integrando los reportes de evolución de caso a los expedientes que emplea la clínica.

Se cuenta con un consultorio amplio, éste tiene una pizarra que está a la vista de la o el terapeuta al frente del caso, en donde igual que en el CCH, el equipo terapéutico y/o la supervisora escriben preguntas, ideas, líneas o temáticas a abordar, herramientas y/o estrategias, éstas son de utilidad para el objetivo de la sesión.

De igual forma que en la sede CCH, en las sesiones se encuentran presentes los miembros del grupo de supervisión, el supervisor, el o la terapeuta frente al caso y en algunas ocasiones un grupo de observadores.

c) Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores, Iztacala, UNAM.

Esta sede está bajo la administración de las y los profesores de la Residencia de Terapia Familiar de la FES Iztacala, ellos asignan días y horarios, y manejan la lista de espera de los consultantes.

Se atienden a todas las personas interesadas en un proceso terapéutico, ya sea familiar, de pareja o individual, pueden ser remitidos de otra área de la FES, de escuelas o de otro profesional. Dichas personas dejan un registro con sus datos de contacto y el motivo de consulta para que entren en la lista de espera y sean asignadas a un terapeuta en formación, respetando el orden en el que se pidió la consulta, a menos de que exista un caso de emergencia. Cada caso tiene un expediente que deja registro de las

personas que asisten a sesión, el motivo de consulta, número de sesiones realizadas y avances o transformaciones del caso.

La clínica cuenta con un espacio en donde trabaja el o la terapeuta encargada del caso y los consultantes, y un salón adjunto que tiene un espejo bidireccional en donde permite ver y oír dentro del consultorio, en este salón se encuentra el equipo de supervisión y la supervisora, ellos se pueden poner en contacto con el terapeuta a través de un teléfono para poder brindar ideas, temáticas, preguntas, hipótesis y/o posibles estrategias para trabajar en sesión.

Además de los 3 espacios terapéuticos en donde la Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala lleva a cabo las prácticas profesionales, se presenta a continuación el espacio en donde de igual manera realicé la práctica profesional en el intercambio académico. El cual, fue en los consultorios de la Universidad Santo Tomás, con sede en Bogotá, Colombia, que brinda Servicios de Atención Psicológica (IPS). Es un centro de servicios psicológicos que cuenta con psicólogos y terapeutas en formación, respaldados por docentes supervisores de la misma universidad. Con 40 años de tradición, es distinguida por la Secretaría de Salud de Bogotá, al habilitarlo como IPS en el 2003, esta certificado con sello de calidad por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). Se emplea la terapia sistémica y ecológica desde la perspectiva compleja, constructivista y construccionista. En este espacio, los estudiantes atienden de forma individual a los consultantes y una vez a la semana se lleva a cabo una supervisión con un profesor que guía y apoya de acuerdo con las temáticas o inquietudes con algún caso en específico. En ocasiones se tienen supervisiones de un caso en vivo, junto con el grupo de supervisión conformado por los compañeros de la maestría, estas sesiones se trabajan en dos consultorios, uno en donde está el o la terapeuta con los consultantes, y en el salón adjunto se encuentra el equipo y el o la supervisora, los que pueden escuchar y ver la sesión a través de un espejo bidireccional, comunicándose por medio del interfón.

En general, tanto en las condiciones de la residencia como en la estancia académica, se plasma claramente el sistema de enseñanza-aprendizaje consolidado, cuenta con organización, planeación, administración y aborda los diversos objetivos de aprendizajes, identificando la riqueza del sistema profesionalizante que rige la Maestría en Psicología, y en este caso la Residencia en Terapia Familiar.

1.3 Cuadro de familias atendidas.

Se presenta a continuación la lista de familias, parejas o individuos que se atendieron a lo largo de los 2 años de la maestría. En los cuales participe como observadora del caso, como parte del equipo terapéutico, como terapeuta asignada y/o como coterapeuta.

Se muestran por sedes de la residencia (CCH Azcapotzalco, Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE y Clínica de Terapia Familiar Iztacala, FESI) así como los atendidos en la Clínica de la Universidad Santo Tomás en Colombia, lugar de estancia académica. Se resaltan los dos casos que serán tomados para el presente trabajo en el capítulo 3.

En la primera columna se observa a los consultantes atendidos, si fue de manera individual, pareja o familiar; la siguiente columna presenta el motivo de consulta inicial; posteriormente el número de sesiones brindadas; después mi rol en cada caso (observadora Ob, coterapeuta Co, parte del equipo terapéutico ET y terapeuta Te); seguido del semestre en el que fue atendido; y, por último, los resultados de la intervención.

Tabla 1. Cuadro de consultantes atendidos durante toda la maestría.

| Sede CCH Azcapotzalco | | | | | |
|------------------------------|---|------------------------|------------|------------------|--|
| Consultantes | Motivo de consulta | No. de sesiones | Rol | Semes-tre | Resultado de intervención |
| Familia | La tercera hija del matrimonio presenta alto índice de reprobación de | 5 | Ob | 1° | Baja. Por inasistencias consecutivas. |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|------------------------|------------|------------------|--|
| | materias, miente constantemente y ejerce violencia hacia la madre. | | | | |
| Familia | Conflictos generados en la relación madre-hija por ser adolescente. | 4 | Ob | 1° | Baja. Se cumplieron los objetivos planteados. |
| Familia | Problemas entre madre e hija por reprobar materias y riesgos de hija al salir con desconocidos. | 5 | Ob | 1° | Alta. Se cumplieron los objetivos planteados. |
| Individual | Violación sufrida 2 meses antes de pedir el servicio. Presencia de enuresis. | 5 | Ob | 1° | Alta. Se cumplieron los objetivos planteados. |
| Familia | Consumo de drogas por parte del segundo hijo. | 5 | Ob | 1° | Alta. Se cumplieron los objetivos planteados. |
| Familia | Violencia ejercida del hijo mayor hacia sus hermanos y mascotas, además del cambio de residencia con abuela. | 4 | Ob | 1° | En seguimiento para el semestre siguiente. |
| Sede ISSSTE Tlalnepantla | | | | | |
| Consultantes | Motivo de consulta | No. de sesiones | Rol | Semes-tre | Resultado de intervención |
| Individual | Querer sentirse fuerte emocionalmente para tomar la decisión y las consecuencias de divorciarse. | 4 | Co | 2° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
| Individual | Fobia a los perros y a las enfermedades, dificultades con su familia por estos | 2 | ET | 2° | Baja Por operación próxima |

| | | | | | |
|------------|--|---|----|----|--|
| | temas. | | | | |
| Individual | Duelo por fallecimiento de hijo hace 2 meses | 6 | Te | 2° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
| Individual | Pérdida de su esposo hace unos años y problemas de sobrepeso. | 1 | ET | 2° | Baja. Asiste sólo a una sesión |
| Individual | Duelo por la muerte de mamá y primo (hace 2 años) y sentimiento de soledad constante. | 3 | ET | 2° | Alta Se tienen avances en el caso, pero tiene cirugía próxima |
| Familia | Bajo rendimiento académico de la hija. Reorganización de límites. | 5 | ET | 2° | Alta. Se reportan cambios significativos en la relación entre madre e hija. |
| Individual | Dificultades con su hijo que esta diagnosticado con esquizofrenia y con consumo de sustancias psicoactivas | 7 | ET | 4° | Alta Por cumplimiento de objetivos y canalización a servicios especializados (adiciones y psiquiatría). |
| Individual | Problemas con su hermano, asumir responsabilidades de él y regulación emocional. | 6 | ET | 4° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
| Individual | Deseo de cerrar ciclos en su vida | 5 | Te | 4° | Alta Por cumplimiento de objetivos |

| Individual | Duelo por el fallecimiento de su hijo | 2 | ET | 4° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
|--|---|------------------------|------------|------------------|---|
| Individual | Problemas de farmacodependencia. | 1 | ET | 4° | Baja Sólo asiste a una sesión, no acepto las condiciones para su proceso terapéutico |
| Sede Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala | | | | | |
| Consultantes | Motivo de consulta | No. de sesiones | Rol | Semes-tre | Resultado de intervención |
| Individual | Su hija mayor vive violencia intrafamiliar y busca formas de apoyarla. | 5 | Ob | 1° | Baja. Por inasistencia. |
| Individual | Por haber perdido sentido de vida, posible depresión. | 1 | Ob | 1° | Baja. Inasistencia tras la primera sesión |
| Individual | Problemas en la pareja (desconfianza, irresponsabilidad e infidelidad). | 6 | Ob | 1° | Alta. Se cumplieron con los objetivos planteados, observando cambios en la cuestión personal y en la relación de pareja. |
| Familia | Problemas de límites con la familia externa y baja autoestima del hijo mayor. | 5 | Ob | 1° | Alta. Se cumplieron con los objetivos planteados. |
| Individual | Problemas de | 4 | Ob | 1° | Alta. |

| | | | | | |
|---------|---|---|----|----|--|
| | ansiedad generada por la escuela | | | | Se cumplieron los objetivos planteados. |
| Familia | El padre se encuentra en un reclusorio y su hijo no lo sabe, pero al parecer ya se dio cuenta y la familia no sabe cómo reaccionar. | 3 | Ob | 1° | Alta. Se cumplieron los objetivos planteados y se observaron cambios en el sistema. |
| Familia | Problemas de conducta del hijo y discusiones constantes entre madre e hijo. | 5 | Ob | 1° | Sesiones de seguimiento. |
| Familia | El hijo habla solo, reproduce discusiones que escucha. Además, la pareja tiene poco tiempo de divorciarse. | 5 | Ob | 1° | Alta. Se dieron cambios en el sistema. |
| Pareja | Arreglar problemas de pareja, principalmente superar la infidelidad de ella. | 7 | Ob | 1° | Alta. Se cumplieron los objetivos planteados. |
| Familia | Problemas de conducta (agresión a primos) de su hijo mayor. Además de estar separada la señora de su esposo en donde vivía violencia intrafamiliar. | 3 | ET | 2° | Baja. Por dificultades económicas no pudo continuar con el proceso. |
| Familia | Asisten a sesión porque uno de los hijos presenta dislexia y dificultad | 5 | ET | 2° | Baja. No pudieron continuar el proceso |

| | | | | | |
|------------|--|---|----|----|--|
| | para adaptarse a su escuela. Además de encontrarse en un proceso de adaptación como nueva familia reconstituida. | | | | debido a dificultades económicas y de distancia. |
| Individual | Presenta momentos de melancolía y ansiedad generada durante los periodos de exámenes en la escuela. | 6 | ET | 2° | Alta. Se cumplieron los objetivos planteados |
| Familia | Problemas de adaptación con sus hijas después de la separación. Muerte de hermana. | 6 | ET | 2° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
| Individual | Problemas con su papá por infidelidades a su mamá y efectos en la vida de la consultante | 5 | ET | 2° | Alta Por cambios en sistema |
| Familia | Refieren problemas de comportamiento de hijo mayor, es violento en todas partes. | 4 | ET | 2° | Baja. Faltaron consecutivamente sin aviso previo. |
| Familia | Temporadas de depresión, ha manifestado deseos de quitarse la vida. Su estado de ánimo ha influido en su estado de salud física. | 1 | Te | 2° | Alta Por inasistencia |
| Familia | Problemas por la conducta (robo, violencia y mentiras) de sobrino que acaba | 7 | Te | 2° | Alta Por cambios en el sistema |

| | | | | | |
|------------|---|---|----|----|--|
| | de llegar a vivir con ellos. Reorganización familiar. | | | | |
| Familia | Problemas con la conducta de la hija menor, no hace caso en escuela y hace lo que quiere | 1 | ET | 2° | Alta Por inasistencia |
| Individual | Problemas de rendimiento académico. | 5 | ET | 2° | Alta Por cambios |
| Familia | Problemas con el comportamiento de la hija menor | 3 | Co | 4° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
| Familia | Problemas en la organización y dificultades entre los miembros de la familia. | 4 | ET | 4° | Baja. Se observaron avances, sin embargo, por falta de tiempo no pudieron continuar el proceso. |
| Individual | La madre siente que su hijo mayor no la ve como una autoridad y hay una falta de límites. Empoderamiento y manejo emocional. | 9 | ET | 4° | Alta. Se cumplieron con los objetivos planteados |
| Familia | Problemas con el comportamiento de la hija mayor de la familia, es impulsiva | 4 | ET | 4° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
| Individual | Perdida del padre y sentimiento de estancarse a nivel profesional | 1 | ET | 4° | Alta Por cumplimiento de objetivos y canalización |
| Individual | Problemas de enojo y | 3 | Te | 4° | Baja |

| | ansiedad que se han intensificado en el último año. | | | | Por inasistencia, dificultades con el horario y labores |
|--|---|------------------------|------------|------------------|---|
| Clínica de la Universidad Santo Tomás, Colombia | | | | | |
| Consultantes | Motivo de consulta | No. de sesiones | Rol | Semes-tre | Resultado de intervención |
| Individual | Problemas en el comportamiento en la escuela del hijo menor | 13 | Te | 3° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
| Individual | Tristeza que no le permite concentrarse en la escuela y ha pensado en abandonarla. | 1 | Te | 3° | Baja "Por inasistencia |
| Individual | Le recomendó una profesora asistir a consulta por problemas de alimentación | 1 | Te | 3° | Baja Por inasistencia |
| Individual | Problemas con el consumo de sustancias | 2 | Te | 3° | Baja Por inasistencia |
| Familia | Remitido por el colegio ya que el hijo menor tiene problemas de concentración y no atiende a las indicaciones | 12 | Te | 3° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
| Familia | Remitidos por el sistema familiar para la convivencia entre los padres y las nuevas parejas de ellos que está teniendo impacto en su hijo | 8 | Te | 3° | Alta Por cumplimiento de objetivos |

| | | | | | |
|------------|---|----|----|----|---------------------------------------|
| Familia | Fueron canalizados por el sistema familiar para promover una convivencia más sana entre la expareja que ha estado teniendo gran impacto en su hija en común | 10 | Te | 3° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
| Individual | Depresión | 4 | Te | 3° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
| Individual | Se siente estancada en su relación actual, cree que debería dejarlo, pero no sabe cómo. | 6 | Te | 3° | Alta Por cambios en el sistema |
| Pareja | Problemas de pareja desde hace muchos años, problemas que han estado afectado a su hijo. | 5 | Te | 3° | Alta Por periodo intersemestral |
| Individual | Fue canalizado por el sistema familiar para fomentar una convivencia con sus hijos y su expareja, así como controlar el consumo de sustancias | 10 | Te | 3° | Alta Por cumplimiento de objetivos |
| Pareja | Infidelidad en la pareja. | 9 | Te | 3° | Alta Por periodo intersemestral |
| Individual | Enviado por el sistema de justicia para lograr convivencia con hijo. | 1 | Te | 3° | Baja Por inasistencia |
| Familia | Consumo de marihuana de la hija | 7 | Te | 3° | Alta Por cambios |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|---------------|
| | que ha llevado a problemas en la escuela y con la familia | | | | en el sistema |
|--|---|--|--|--|---------------|

Hasta el momento podemos hacer referencia que dentro de los casos atendidos en las diferentes sedes que forman parte de la Residencia en Terapia Familiar en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, hay diversos motivos de consulta. Existiendo demanda para iniciar procesos terapéuticos de forma individual, en pareja y familiares. Siendo elementos claves de la atención brindada en cualquier sede: la atención ética y profesional, información clara y precisa para las personas atendidas, el empleo en práctica de los conocimientos teóricos adquiridos y la integración el sistema completo como parte indispensable de la terapia, lo que permite enriquecer la formación profesionalizante.

En cuanto a las problemáticas que son atendidas en la Residencia de Terapia Familiar es evidente que existen diversos temas a tratar y posiblemente presencia de varias problemáticas en un mismo caso. Pero recopilando lo expuesto en este capítulo existe una problemática amplia que debe ser atendida en el mundo y en nuestro país, reconociendo que hay más allá de la ingesta o no de una sustancia, sino de poder ampliar la visión y entender el consumo de sustancias psicoactivas como un elemento que nos relevante dentro de las relaciones y pautas interaccionales de un sistema llamado familia. Sendo uno de los objetivos del escrito proponer las aportaciones del enfoque sistémico (aprendidas a lo largo de la residencia), con la intención de ampliar posibilidades, reconocer intervenciones más amplias, completas y que favorezcan a un cambio a nivel relacional y del sistema. Esto último se irá detallando en los siguientes capítulos.

Capítulo 2. Marco teórico

Capítulo 2. Marco teórico

El presente capítulo tiene como objetivo presentar de manera detallada el modelo estructural propuesto principalmente por Salvador Minuchin. Se presentarán los antecedentes, aportaciones generales, principios básicos, el concepto de familia de acuerdo con el modelo, los elementos que constituyen a la estructura familiar y los que evalúan dicha estructura, elementos para generar un diagnóstico estructural, las estrategias de intervención, así como las técnicas específicas. Esto es de gran relevancia para poder entender desde dónde se hace el análisis de los casos que se presentaran en el capítulo 3.

Esto no quiere decir que otros modelos que forman parte del enfoque sistémico estudiado durante la maestría no tengan aportaciones ante el tema del consumo de sustancias psicoactivas, la adicción o la presencia de codependencia, de hecho todos los modelos tiene una postura, líneas de intervención, planes de tratamiento, estrategias, hipótesis y una posible explicación ante el fenómeno dentro de un sistema, más bien, el presente trabajo se guiará con las aportaciones que brinda el modelo estructural como base.

2.1 Modelo que guío los casos clínicos

▪ **Modelo Estructural.**

➤ Principios básicos:

El modelo estructural forma parte de los varios modelos de trabajo de la terapia sistémica, pero antes de referir y explicar a detalle el modelo estructural se desarrollan los tres principios básicos para todos los modelos que parte de una epistemología distinta y nos invitan a la circularidad como una forma de entender los eventos y situaciones, que no es más de forma lineal (cauda-efecto). Estos fundamentos son: a) la teoría general de los sistemas, b) la cibernética y c) la teoría de la comunicación humana.

- a) La Teoría General de los Sistemas es una ciencia global enfocada a las totalidades, es decir, es una ciencia con un campo amplio que estudia los

sistemas como un todo sin fragmentarlos. El primer autor en hablar sobre la teoría fue Ludwig Von Bertalanffy (1901-1972), el cual inicio haciendo presentaciones respecto al tema, planteando sus postulados y basándose en la observación empírica. Más tarde se asentó la teoría con la publicación de su libro “Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo y aplicaciones” en 1968.

La teoría deja de lado el pensamiento y la explicación reduccionista, que permeaba en el siglo XIX, dando un giro, éste propone que la relación entre los miembros del sistema y del sistema con el entorno es esencial y relevante. Por ello ya no busca un “culpable” u origen de una situación, más bien da la importancia a la acción de un miembro y el efecto y respuesta de otro. Proponiendo que el sistema no es una cosa, más bien es una pauta.

Así que, se define un “sistema” como un “complejo de elementos en interacción, interacciones cuya naturaleza no es aleatoria” (Bertalanffy, 1968). Siendo que estas relaciones establecen un proceso de mantenimiento del sistema que emplea una frontera.

Las propiedades de un sistema son: i) cada elemento tiene un efecto en el funcionamiento del todo; ii) cada elemento es afectado al menos por otro elemento; y iii) todos los subsistemas tienen las dos características anteriores.

Los principios dentro de un sistema son: 1) de estabilidad, nombrada homeostasis; 2) de la relación de reciprocidad, designado como transacción; y, 3) de la universalidad en todos los sistemas, con procesos de información y comunicación (Gray, Duhl & Rizzo, 1969).

Existen dos tipos de sistemas, los abiertos y cerrados. Los segundos no permiten la salida ni entrada de información fuera del sistema y se mantienen tal como son, en ocasiones llegando a la destrucción del sistema. Respecto a los primeros, los abiertos, se mantienen a sí mismo a pesar de sus perturbaciones internas o externas, y tienen la capacidad de reorganizarse, es decir, reciben y dan información entre los miembros del

sistema y fuera de él, con el medio ambiente; además mantienen un estado continuo con evolución y un incremento de complejidad.

Una idea principal de la teoría que debe quedar clara es la totalidad, la cual refiere tomar en cuenta todos los miembros de un sistema, su relación, el funcionamiento respecto a las aportaciones de cada uno, la organización y su realidad, encontrando la presencia de la capacidad emergente, que se refiere a los ensambles de los miembros. Y no se puede creer que al sumar las partes se puede llegar a la totalidad, más bien, solo se puede entender la realidad del sistema al verlo completo.

- b) La cibernética, dicho término ha evolucionado desde sus inicios hasta la actualidad y ha sido definida por diversos autores, los cuales hicieron algunos cambios al hacerlo. Se nombran sólo algunos que anexan un punto más a la definición.

Iniciando con Weiner (1948, citado en Sluski, 1987) que desarrolla el concepto y la define como “la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano y la máquina”, trata de entender como es la transmisión de los mensajes y la información entre los sistemas vivos e inanimados. El autor tenía ideas diferentes a las que permeaban en el momento histórico (Segunda Guerra Mundial), las cuales explicaba las situaciones de acuerdo a una causa u origen y un efecto. Y sus ideas fueron revolucionarias, de hecho, no habló ni expuso sus planteamientos concretamente hasta que se realizaron las “conferencias Macy en Cibernética”, que fueron fundamentales para la expansión de este conocimiento y la implementación del nuevo paradigma. Las conferencias intentaban crear discusiones respecto al tema desde distintas disciplinas, buscando el punto en común que era explicar y llevar a cada campo los fundamentos de la cibernética. Como son los mecanismos de recibir e intercambiar información para adaptarse al medio ambiente, los procesos de autocorrección y retroalimentación, entre otros.

Otra definición que podemos encontrar es la de McCulloch (1965, citado en Sluski, 1987) la cual es la “comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio”, en la cual, ya se comienza a hablar de la relación entre el observador y el medio ambiente, integrándolo como un elemento más al sistema.

Otro autor, que fue el principal promotor de la cibernética y que la empleaba para explicar cualquier tipo de sistema, era Bateson (1972, citado en Bertrando y Toffanetti, 2000) que la nombro como la nueva ciencia de la forma y los patrones de organización. Este autor tuvo gran impacto en la visión desde la cibernética, la aplicación a varias disciplinas como son la psicología, biología, sociología, entre otras. En especial, en la psicología permitió ampliar la visión, dejando de lado la explicación de los eventos a partir de una causa y efecto, poniendo foco en la relevancia de las relaciones entre los elementos, hablando sobre los diversos niveles de comunicación, explicando el cambio o no cambio, entre otras más.

Un elemento esencial para hablar de la cibernética es la circularidad, que es el “concepto de recurrencia o de causalidad circular que se expresa no en una secuencia de causa-efecto, sino que el efecto impregna la causa primera confirmándola o rectificándola” (Ceberio y Watzlawick, 1998), sin este concepto no se podría hablar de cibernética, ya que es su principal fundamento.

Otro principio, que está totalmente relacionado con circularidad, es el de retroalimentación o feedback, que constituye aquella parte del sistema que sirve para retransmitir información. Presupone una relación recíproca entre el sistema y su entorno, y supone un retorno de la información para formar un lazo cerrado. En otras palabras, es el efecto que tiene una conducta o situación en otros integrantes del sistema o en el sistema en general, estos efectos que se dan al transmitir la información se clasifican en dos tipos de retroalimentación: 1) la que lleva a alguna forma de cambio o modificación, siendo radical y que promueve la novedad, conocida como

retroalimentación positiva; y, 2) la que inhibe el cambio o modificación, conservando la estabilidad, conocida como retroalimentación negativa.

Como se había mencionado, la evolución del concepto fue dándose con el paso del tiempo, agregando o modificando algunos elementos. Actualmente se identifican dos momentos importantes para la cibernética, respecto a los elementos y objetivos que planeaban; y, por otra parte, se pueden clasificar en dos niveles de relación con el observador, los cuales se exponen brevemente:

- I. Respecto a los elementos y objetivos que plantean (Hoffman, 2014):
 - 1) Primera cibernética: basada en la homeostasis, mantiene la organización y es caracterizada por la retroalimentación negativa, siendo la finalidad mantener la estabilidad y el statu quo del sistema.
 - 2) Segunda cibernética: basada en la visión homeodinámica, retomando las fluctuaciones y evoluciones, y caracterizada por la retroalimentación positiva, teniendo como finalidad generar cambios en el sistema.

- II. Según los niveles de relación entre el sistema y el observador (Estrada, López y Posada 1997):
 - 1) Cibernética de primer orden: emplea la posición de objetividad, visualiza al observador sólo como observador y no toma en cuenta su participación como parte influyente de la relación entre ambos. En este caso, el terapeuta habla de la realidad como es.
 - 2) Cibernética de segundo orden o la cibernética de la cibernética: parte de una posición subjetiva en donde el observador es parte del sistema y es integrado como un elemento más. Dando importancia a las interacciones entre observador y observado, y en la transformación y creación de significados colectiva. En el caso del terapeuta, coparticipa con la familia y construyen significados.

Por lo que se puede resumir que la cibernética está integrada por el control, la información y la comunicación del sistema, los integrantes de éste y el medio ambiente. Retoma la organización y funcionamiento del sistema para mantenerse estable o en constante cambio, con la finalidad de adaptarse al medio y evitar la autodestrucción, todo esto con base en la circularidad y la autocorrección.

Por último, la cibernética va a coincidir con fundamentos y elementos que plantea la teoría general de los sistemas, no quiere decir que sean iguales, pero en algunos conceptos emplean la misma idea como son: identifican a los seres vivos como sistemas, tienen una visión de totalidad y no fragmentación, retoman la influencia de un elemento en otros y en el sistema en general, la reciprocidad y la estabilidad del sistema. Aunque la cibernética ya habla de seres vivos e inanimados.

- c) La teoría de la comunicación humana, propuesta por Watzlawick, P., Bravin, J. y Jackson D, formada a partir de las investigaciones de Gregory Bateson y del Mental Research Institute (MRI).

A continuación, se enlistan y describen los 5 axiomas básicos de la comunicación humana (Watzlawick, P., Bravin, J. y Jackson D., 1981):

1. *“No es posible no comunicarse”*, dentro de una interacción toda conducta (imposible que exista la no conducta) genera un mensaje que influye en los demás, los otros no pueden dejar de responder a esa comunicación, por lo cual, terminan comunicando.
2. *“Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero, por ende, una metacomunicación”*. El contenido es la información dentro del mensaje y la relación es el tipo de mensaje y cómo debe entenderse. Por ello, la comunicación no sólo da información, sino que genera un compromiso que impone conductas y define la relación.
3. *“La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes”*, es decir, una

comunicación puede ser entendida como una serie interrumpida de intercambios, pero quienes están en los intercambios puntúan en determinados hechos de una conducta, puntuando cada uno a su manera.

4. *“Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación. Por contra, el lenguaje analógico posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones”*. Es decir, toda comunicación incluye información digital y analógica que se complementa entre sí en cada mensaje.
5. *“Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia”*. Identificando que cualquiera de las dos siempre dependerá de la interacción existente.

Una de las afirmaciones que comparte es que toda la conducta es comunicación y toda comunicación afecta a la conducta de quienes interactúan.

Estos tres fundamentos de la terapia sistémica siempre son considerados para cualquier modelo sistémico, es decir, es lo básico a conocer para después poder especificar la propuesta de cada escuela o modelo. Siendo estos tres indispensables para transformar la epistemología, y ahora sí, hablar de la epistemología circular y dejar la epistemología lineal atrás.

Ahora, retomando los tres principios anteriormente mencionados, se refiere que el modelo estructural considera a la persona como un agente activo, abierto y reactivo ante diversos grupos y contextos, por ello, ya no visualiza sólo al individuo y la necesidad de un proceso interno, más bien, lo coloca como parte de un todo que influye y es influido por otros, lo que, a su vez, genera movilización en los integrantes de la familia y de las interacciones o de la estructura familiar. Y, por

último, hace énfasis en la relevancia e impacto que tiene el terapeuta para generar el cambio.

➤ Antecedentes:

Es de los primeros modelos que comienzan a integrar la visión sistémica, sin preocuparse en el origen de la causa y ligarlo con alguna consecuencia, encontramos el modelo estructural, que es principalmente representado por Salvador Minuchin (1921-2017), el cuál formó parte del Child Guidance Clinic en Filadelfia, siendo el director en 1965. Gracias a esto pudo dedicarse a formar terapeutas familiares con una visión distinta, dejando al individuo y comenzando a ver familias, atendiéndolas para poder cambiar las problemáticas que presentaban, proporcionando una gran importancia a las interacciones de un grupo de personas, y haciendo abordajes con todo este grupo en beneficio de todo el conjunto.

➤ Aportaciones generales:

Se puede considerar como mayor aportación el dejar de ver al individuo como el problemático o patológico y visualizar las interacciones dentro de la familia como el verdadero problema, lo que permite cuestionar desde un lugar diferente la rigidez de la patología y favorecer nuevas interacciones, y todo esto, después de hacer una lectura del problema.

➤ Elementos para evaluar la estructura familiar:

Antes de mencionar los elementos primero se define la estructura como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Compuesta por una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario (Minuchin, 1979).

Para conocer la estructura es necesario identificar algunos elementos:

- *Límites*: son reglas que definen quiénes participan, y de qué manera en las interacciones de cierto sistema o subsistema. La función de los límites

reside en proteger la diferenciación del sistema, pero a la vez permitiendo el contacto entre los miembros del subsistema y otros. Los cuales, pueden ser difusos, rígidos o claros, esperando que sean como los últimos.

- *Jerarquías*: se puede decir que es el rol que juega cada miembro de la familia, además, que se relaciona con el poder que puede ejercer uno sobre otro. Estas jerarquías permiten la estabilidad en la organización del sistema.
- *Alianzas*: se presentan con la relación cercana de dos o más elementos del sistema que se apoyan para su desarrollo.
- *Coaliciones*: es la unión de dos miembros del sistema en contra de otro miembro, usualmente se presenta entre miembros de generaciones distintas.
- *Geografía*: se refiere al espacio físico que cada miembro del sistema ocupa.
- *Territorio*: es el espacio emocional que se ocupa en un sistema.
- *Subsistemas*: conjunto de miembros de la familia que pueden estar conformados por generación, sexo, interés o función. Los cuales, poseen funciones y demandas específicas de y para sus miembros. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades específicas.

Los subsistemas indispensables de identificar dentro de la familia son el conyugal, paterno y el fraternal.

El subsistema u holón conyugal está constituido por dos adultos de sexo diferente que se unen con la intención expresa de constituir una familia. Dentro del cual se poseen tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia como: la complementariedad y la acomodación entre los dos integrantes, el ceder individualidad con la finalidad de obtener pertenencia y la protección de que exista interferencia de demandas o necesidades de otros subsistemas o miembros.

El siguiente subsistema es el parental que se encuentra constituido por dos adultos y se da origen en el nacimiento del primer hijo. El funcionamiento eficaz del subsistema requiere que los padres e hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del

subsistema parental. El subsistema debe permitir la relación y entrada de los hijos a los padres, pero diferenciado del subsistema conyugal.

Por último, el subsistema fraterno es constituido por dos más miembros en donde se experimentan las relaciones entre iguales. En el subsistema los niños aprenden a negociar, cooperar, competir, pedir disculpas, hacer aliados, etc. Este subsistema le permite conocer al niño nuevas formas de relacionarse, las que pondrá a prueba en otros contextos y sistemas. Se pretende que el subsistema se encuentre “libre” de adultos.

Para conocer la estructura de la familia, también se debe de identificar si todos los miembros se encuentran en su holón adecuado o si se encuentran en otro que no les corresponde, lo que también se detectará al hablar de jerarquía y límites. Permitiendo conocer así la adaptabilidad de los miembros y de la familia en general, conociendo los diversos tipos de estrés por los cuales la familia este pasando.

-Ciclo vital de la familia: etapas generales por las que pasan todas las familias, cada una tiene metas a cumplir, dificultades o retos a presentar e interacciones específicas de la familia en cada etapa, en otras palabras, permite a cada individuo contar con tareas de acuerdo a su etapa y ver si la familia se encuentra en crecimiento y evolución o si ha tenido dificultades que pueden ser un motivo del porqué se esté presentando el síntoma en el paciente identificado (PI).

➤ Diagnóstico estructural:

Después de plantear los elementos esenciales dentro del enfoque estructural, se puede hablar sobre los elementos diagnósticos para evaluar a una familia desde este enfoque, entendiendo por diagnóstico la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con su proceso de unión con la familia, requiere la acomodación y la evaluación de las interacciones familiares. Un objetivo del proceso de diagnóstico consiste en ampliar la conceptualización del problema.

Existen dos grandes maneras de realizar este diagnóstico y se debe a las aportaciones y modificaciones que el mismo fundador del modelo realizo con años

de diferencia, se exponen los dos versiones, pero para este trabajo se retomará la primera, la cual, se utilizará en el análisis de los casos presentados en el próximo capítulo.

A. Primera versión (Desatnik, 2004):

Está conformado por seis áreas fundamentales, que se presentan a continuación:

1) Estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferibles y las alternativas disponibles.

2) Flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como lo revela la modificación de las alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuesta a las circunstancias cambiantes.

3) Resonancia del sistema familiar, su estabilidad ante las acciones individuales de los miembros.

4) Contexto de vida de la familia, analizando las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología de la familia.

5) Estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a este estadio, es decir, el ciclo vital de la familia.

6) Mantenimiento de las pautas preferidas de la familia que se identifica con las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados.

B. Segunda versión:

Posteriormente Minuchin, Nichols y Lee (2007) plantean un modelo de 4 pasos para la evaluación de las familias, los cuales se presentan a continuación:

- I. Abrir motivo de consulta: permite cuestionar la certeza de que el problema primario se localiza en el paciente identificado: Empleando las técnicas de conocer las áreas de competencia del paciente identificado, el reencuadramiento, las formas en que el síntoma se presenta, examinar las diferentes perspectivas del problema, el contenido, etc.
- II. Señalar las interacciones que mantienen el problema: Se explora lo que los miembros pueden estar haciendo para que perdure el problema, se

parte del supuesto de que los miembros de la familia cambiaran su forma de relacionarse si se consideran capaces de ayudar al paciente identificado.

- III. Exploración del pasado centrado en la estructura: se abordan los sucesos del pasado relevantes para ayudar a entender la presencia del actual problema, este va dirigido para los adultos de la familia. Se puede preguntar cómo vivieron en la infancia el tema para saber cómo es que ahora llevan esos lentes puestos, es decir, esa visión.
- IV. Exploración de nuevas formas de relacionarse: se indaga sobre lo que necesitan hacer o cambiar, quién lo hará, qué, cuándo, y si están dispuestos o no. Es esencial que la familia encuentre sentido a los cambios a realizar.

➤ Estrategias y técnicas del modelo:

Respecto a las estrategias utilizadas en este enfoque tienen tres grandes vertientes y objetivos, que, a su vez, cada una de estas cuentan con técnicas que permiten logara los objetivos:

1. **Estrategia que cuestiona el síntoma:** plantea que el problema no es, ni existe en el paciente identificado, sino en ciertas pautas de intersección de la familia. Por ello, se espera reencuadrar la concepción que la familia tienen del problema.

Las técnicas utilizadas para dichos objetivos son:

-Escenificación: Técnica de reencuadre en donde se pide a la familia que interactúe naturalmente en presencia del terapeuta, obteniendo información de contenido, pero principalmente de relación. En las cuales se puede emplear:

- a) interacciones espontáneas, permite observar las relaciones entre los miembros de la familia mientras suceden de manera espontánea, para que el terapeuta pueda observar la relación que tienen unos con otros de manera natural.
- b) provocar interacciones, el terapeuta pedirá a la familia que interactúen frente a él siguiendo las indicaciones dadas.
- c) interacciones alternativas, se pide a los miembros de la familia que exploren otras posibilidades de interacción sugeridas durante sesión.
- d) iluminación de una reacción espontánea, aquí el terapeuta señala a los miembros de la familia como ciertas interacciones promueven que el síntoma se mantenga, empleada en situaciones naturales de la familia.

-Foco: implica seleccionar y organizar la información dentro de un esquema para darle sentido, se selecciona un tema en donde se ubiquen los lados fuertes, se señalen los problemas e investiguen las funciones complementarias, siempre en promoción del cambio. Encontrando dos formas de abordar:

- a) trampas, aquí el terapeuta ilumina un tema mínimo y poco relevante pero que la familia en las primeras sesiones da importancia, para posteriormente intervenir (en una o varias sesiones) en el verdadero tema o interacción que está siendo parte de la familia.
- b) el enfoque al servicio del cambio, el terapeuta cuestiona la función del síntoma ya establecida, frecuentemente refiere las características negativas de la familia o uno o más miembros. Así que el terapeuta enfoca otras características (positivas) que permite dar un giro al entendimiento del síntoma.

-Intensidad: que pretende hacer que la familia escuche al terapeuta, superando la aparente sordera de la familia, es decir, brindar información o

permanecer en un tema reiteradamente hasta que la familia pueda identificar efectos de relación y promueva nuevas formas de interacción.

Conformada por distintos tipos:

a) repetición del mensaje, el terapeuta repite su mensaje varias veces en el curso de la terapia, puede quedarse a nivel contenido, estructura o relación.

b) repetición de interacciones isomórficas, donde hay repetición de mensajes que en la superficie parecen diversos pero que son idénticos en un nivel más profundo, es decir, el contenido puede cambiar, pero va dirigido a interacciones isomórficas de la estructura de la familia.

c) modificación del tiempo, se alienta a los miembros de la familia para que continúen interactuando, aunque esta interacción pueda resultar vacilante para los miembros, pasar de lo habitual a lo no familiar abre la posibilidad de que experimenten nuevos modos de interacción.

d) cambio de la distancia, el terapeuta promueve que la familia se acerque o se aleje para modificar la intensidad de las relaciones o puede utilizarse a sí mismo como instrumento, buscando que el cambio de distancia pueda intensificar una interacción con los miembros de la familia.

e) resistencia a la presión de la familia, el terapeuta no permite a la familia hacer lo que desea, continuando con los objetivos de la sesión. En ocasiones el “no hacer” puede producir intensidad en la terapia.

2. **Estrategia para cuestionar la estructura:** refiere la concepción del mundo de la familia y se establece con la estructura, haciendo el cuestionamiento de las demarcaciones, roles y funciones de cada miembro.

Las técnicas empleadas son:

-Fijación de fronteras o límites: Técnica que permite cuestionar la estructura, con la finalidad de modificar las participaciones en distintos

holones (subgrupos o subsistemas) y regula la permeabilidad de las fronteras o límites que separan holones.

-Desequilibramiento: Técnica que permite cuestionar la estructura familiar, teniendo como objetivo cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. Estas técnicas son de la postura del terapeuta en relación con uno o varios miembros del sistema familiar. Se encuentran agrupadas en tres categorías:

a) aliarse con un miembro, el terapeuta con su habilidad de maniobra se alía con alguno de los miembros del sistema para lograr modificar la interacción ya lograda.

b) ignorar, con intención el terapeuta deja de considerar a un miembro del sistema por un momento dentro de la sesión, puede tener objetivos de disminuir su participación, provocar molestia al ser ignorado o ejemplificar una dinámica constante en el sistema, pero todas con la finalidad de desequilibrar.

c) entrar en coalición con otro miembro, es similar a la primera, pero en esta ocasión el terapeuta hace equipo con un miembro del sistema en contra de otro miembro.

-Complementariedad: Técnica de reestructuración que tiene como objetivo implementar la circularidad de la dinámica familiar, cuestionando la influencia que cada miembro ejerce en el síntoma presentado. Integrado por:

a) cuestionamiento del problema, el terapeuta cuestionará la certeza de la familia ante el problema porque han individualizado el síntoma, así que se busca instaurar la incertidumbre del problema.

b) cuestionamiento del control lineal, identifica las puntuaciones que se dan de la interacción lineal y le da otra(s) perspectivas de la puntuación, pero evidenciando cómo interaccionan en algún punto de la dinámica.

c) cuestionamiento del modo de recortar los sucesos, el terapeuta hace preguntas y provoca interacciones en sesión en donde se vaya vislumbrando la relación de uno con el otro y no fragmentada, pudiendo vivenciar la pauta.

3. **Estrategia para cuestionar la realidad:** se enfoca en las pautas de interacción que obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contienen modalidades de experiencia. Retomando en gran parte la influencia sociocultural.

Las técnicas para esta finalidad son:

-Construcciones cognitivas: permite cuestionar la realidad de la familia. Implica una organización de los hechos en que va manteniendo su ordenamiento la realidad familiar, puede ser retomada de los símbolos universales, las verdades familiares y desde el consejo profesional.

-Paradojas: técnica que permite cuestionar la realidad de la familia a través de intervenciones y mensajes realizados por el terapeuta con el objetivo de promover un cambio en la familia. Las intervenciones no son directas, implican dar un mensaje contradictorio para ver efecto en otro aspecto, además, que cualquier acción que realice la familia será correcta, ya sea seguir las indicaciones o decidir no hacerlo.

-Los lados fuertes de la familia: técnica que permite cuestionar la realidad familiar en donde se retoman las características familiares que han permitido salir adelante y que son básicas o esencia del sistema, en donde se retoma como aspectos positivos para promover el cambio y una nueva visión sobre sus acciones. Se puede hacer a través de tomar en cuenta los defectos de la familia, los aportes a la familia, las respuestas del paciente individualizado y promover alternativas de interacción.

2.2 Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos clínicos

En este apartado se presentan algunas de las temáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, aunque antes de continuar es relevante puntuar que cada tema que se plantea tiene diversas maneras de entenderse, explicarse y abordarse. Por ello, la intención de este escrito no es demeritar una u otra, más bien, es ampliar la visión sistémica desde su epistemología, contemplando algunas propuestas como parte de un todo, pero sin la intención de fragmentar, es decir, poder complejizar los tópicos abordados y abrir la posibilidad a entender, explicar e intervenir puntuando las relaciones, pautas, interacción y visualizar a los sistemas más que volver a colocar el todo en el individuo.

En el capítulo anterior ya se mencionaron algunas definiciones, datos estadísticos nacionales, un par de instituciones que regulan el tratamiento impartido y propuestas unificadoras que permiten plantear líneas de tratamiento especialmente a nivel nacional. Pero en este apartado se presentarán algunas propuestas desde la perspectiva sistémica, en especial las propuestas o modelos que retoman al modelo estructural como base de estos o que emplean algunos de sus elementos, siendo intervenciones enfocadas en las relaciones más que en el individuo.

El modelo estructural fue inicialmente creado para la intervención con jóvenes infractores de la ley y fue adaptándose a emplearlo a familias consideradas multiproblemáticas, todo esto en Estados Unidos (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman y Schumer, 1967).

Lo que significa que la adicción o el consumo de sustancias psicoactivas se consideran el síntoma de los problemas del sistema familiar, siendo que desvían conflictos familiares entre los padres o entre los padres y otra generación. Enfocando la intervención en el fortalecimiento estructural para favorecer el funcionamiento familiar más adecuado y saludable, haciendo énfasis en las jerarquías y la necesidad de fronteras claras, evitando sean difusas ni rígidas. Y aunque esto ya está más explícito en la descripción previa del modelo estructural, se reitera dado que estos elementos y esencia del modelo es lo que se tiende a

maximizar en las intervenciones con familias con adicción, y, a retomar en las otras propuestas que consideran como base al modelo estructural.

Como se mencionó, existen propuestas para la intervención con familias con presencia de adicción y uno de los modelos empleados es el propuesto por Stanton, Todd y colaboradores (1982) basado en intervenciones estratégico-estructurales. Se describe de manera breve el modelo para identificar algunas de las bases de éste. Dentro de los elementos que el terapeuta debe considerar es la crisis familiar y la estructura que mantiene la adicción, teniendo presentes, a) el ciclo adictivo familiar, b) las intervenciones terapéuticas que han fracasado y c) la estructura familiar y crisis actual.

Este modelo retoma la aplicación del modelo estructural de Minuchin, el uso de técnicas estructurales (acomodación, demarcación de límites y reestructuración) y la aplicación del modelo estratégico (énfasis en un plan para cada miembro de la familia, acontecimientos extrasensoriales, cambio del síntoma, colaboración del síntoma orientándolo a metas específicas a corto plazo consensuadas, identificación del detonador de cambio y no luchar contra la familia). Siendo este modelo conocido y empleado con adolescentes y adultos jóvenes, ha sido significativo porque todas las intervenciones están dirigidas a modificar las pautas relacionales quitándole el foco o repartiendo el síntoma del paciente identificado (PI), es decir, en todo momento se considera al sistema y no al individuo.

Otra propuesta en la realizada por Ramírez (2001), él reporta resultados favorables para su avance, mejora y prevención de recaídas para familiares y el paciente identificado que se encuentre en un internamiento, esto con una propuesta que retoma elementos del modelo estructural en donde sus preceptos son: a) las drogas son un problema familiar, b) la familia puede mantener el problema al negar las consecuencias e insistir con las soluciones que han demostrado que no dan resultado, c) la necesidad de entrar a un grupo de ayuda, y, d) establecer límites y consecuencias. Haciendo mucho hincapié en identificar y

mencionar las relaciones de la familia y la adicción más que del individuo con una adicción

Esto nos demuestra que a pesar de que el modelo estructural nació por otros motivos o con la intención de intervenir con otras problemáticas ha sido efectivo en el tratamiento para adicción a sustancias psicoactivas.

Agregando que, como parte de entender la problemática como el modelo familiar, debemos considerar que la adicción coexiste con múltiples problemas psicosociales complejos como la violencia, los problemas conductuales, con infractores de la ley, problemas académicos y de aprendizaje. Retomando lo que menciona Cancrini (2002), la adicción es parte de las familias multiproblemáticas, siendo que la adicción puede irse agravando al nivel de acabar con la familia o el individuo.

Al hablar de familiar multiproblemáticas podemos presentar una gran dificultad en su definición y en los elementos que refieren a estas, más, si la visión es líneas o circular, y, dentro del enfoque sistémico aún hay varios autores que debaten ante el tema. Por que como lo reporta Rodríguez (2003) podemos encontrar ciertas particularidades o enfoques de diferentes autores considerando algunas características como el nivel social, el ciclo vital de la familia, la parentalidad, la conyugalidad, la comunicación, el sistema afectivo y los recursos familiares.

Para el presente escrito vamos a considerar la propuesta de Cancrini (1982), (1995, en Rodríguez, 2003), dado que las características con las que él define a la familia multiproblemática permite aglomerar los elementos que se pretenden abordar durante toda esta propuesta, y, sobre todo, porque la propuesta parte de una visión circular y de la relación del sistema, no por la característica individual del paciente en consumo.

Las características de una familia multiproblemática que son definitorias de Cancrini (1982), (1995, en Rodríguez, 2003) son:

1. Presencia simultánea en dos o más miembros de la misma familia de comportamientos problemáticos estructurados, mantenidos en el tiempo y lo bastante graves como para requerir una intervención externa.
2. Insuficiencia grave, sobre todo por parte de los padres de las actividades funcionales y expresivas necesarias para asegurar un correcto desarrollo de la vida familiar.
3. Refuerzo recíproco entre el primer y segundo punto.
4. Labilidad de los límites, propios de un sistema caracterizado por la presencia de profesionales y de otras figuras externas, que sustituyen parcialmente a los miembros incapaces.
5. Estructuración de una relación crónica de dependencia de la familia respecto a los servicios (Equilibrio intersistémico = homeostasis).
6. Desarrollo de algunas características no usuales de comportamientos sintomáticos en los pacientes identificados en este tipo de proceso.

Esto quiere decir que no sólo nos enfocaremos en la presencia de diversos problemas psicosociales, sino que estos intensifican la dinámica dentro de la familia, y que complejizan el caso al considerar que cada problemática tiene ciertas características particulares.

Capítulo 3. Casos clínicos

Capítulo 3. Casos clínicos

En el presente capítulo se exponen los dos casos clínicos que se analizaron, dichos casos fueron atendidos durante y como parte de la formación de la maestría.

El primer caso fue atendido en la clínica de la FES Iztacala y el segundo en la Clínica en Colombia, en ambos estuve asignada como la terapeuta encargada.

Cada caso se describirá con sus objetivos terapéuticos y presentará el diagnóstico tomando en cuenta los elementos del enfoque estructural, seguido de las estrategias empleadas, algunos resultados de dichas intervenciones y algunas consideraciones finales de cada caso.

Para finalizar, se hará un análisis de los sistemas terapéuticos hasta llegar al sistema terapéutico total.

3.1 Integración de los expedientes de trabajo clínico, con su análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica con los dos casos elegidos.

Caso 1. Javier.

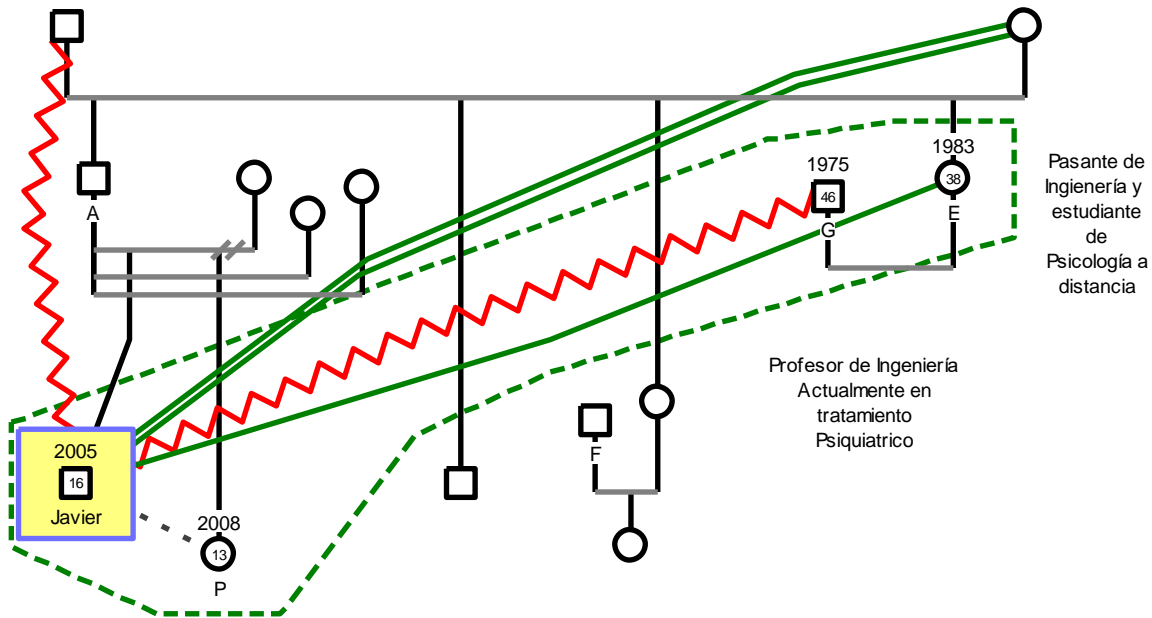
Sede: Clínica de Terapia Familiar, FES Iztacala.

Supervisora: Dra. Nérida Padilla Gámez

Equipo de supervisión: Ana Carrión, Susana Lara y Silvia Reyes.

Motivo de consulta: el servicio lo pide la tía (E) por que han tenido problemas con la conducta de Javier desde que llegó a vivir con ella y su esposo, desde aproximadamente 2 meses, reportan sospecha de consumo de sustancias psicoactivas.

Familiograma:



NOTA: Los nombres fueron cambiados para proteger la confidencialidad de la familia. El genograma fue realizado con el programa GENOPRO.

Asisten a consulta, aunque sea en una ocasión: Javier (paciente identificado), la tía paterna (E) y la hermana de Javier (P).

Numero de sesiones: Se tuvieron 8 sesiones con la familia.

Antecedentes: Javier vivía en Irapuato con su hermana (P), su padre (A) y abuelos paternos. Aunque vivían bajo el mismo techo los abuelos estaban a cargo de los jóvenes desde aproximadamente hace 10 años, teniendo la guardia y custodia de ellos, la madre de los jóvenes se fue de la casa cuando Javier tenía alrededor de 6 años y desde ese entonces no saben de ella.

Por problemas desencadenados por conductas de Javier como consumo de sustancias psicoactivas, mantener relaciones vinculadas al narcotráfico, información poco clara respecto a riñas con personas de su comunidad y por recibir amenazas a la casa en donde vivían, dirigidas hacia él y su familia, se decide que se vaya de la ciudad de origen (Irapuato) y viva con sus tíos (E y G) en

el Estado de México, esto pasó aproximadamente dos meses antes de contactar a la clínica de terapia familiar.

Al vivir en el Estado de México comenzó a tener conductas problemáticas para los tíos, al principio las dejaron pasar, pero posteriormente decidieron que necesitaban buscar ayuda. Las problemáticas que refieren son el consumo de alcohol, otras drogas (no especifican), deudas con sus vecinos y conductas delictivas (robo).

Los problemas presentados en Irapuato, Javier los minimiza. Aunque en una sesión refiere tener miedo de la situación, en las otras sesiones no visualiza la magnitud de los eventos que llevaron a tomar la decisión de llevarlo fuera de la ciudad. Javier buscaba cualquier forma de mantenerse en contacto con algunos amigos y su novia de Irapuato. Con respecto a los problemas desarrollados al estar con sus tíos, ellos refieren que rompió reglas de casa, porque tomaba cosas de la casa sin pedir permiso como la computadora, salía sin pedir permiso ni avisar, refieren que tres días antes de la consulta en la FESI le encontraron un celular a Javier entre sus cosas, lo que no estaba anteriormente, Javier mencionó encontrarlo en la calle, pero sus tíos sospechan que fue robado, él lo niega.

Por otra parte, desde la llegada del joven con los tíos, ellos han tenido dificultades como pareja, han presentado mayores discusiones por temas de Javier, se ha intensificado el malestar del señor ante un duelo no resuelto de su hijo y comentan que han llegado al grado en donde G golpeó a E en una ocasión, ella insiste en que no había pasado algo así anteriormente hasta ahora que se encuentran en estas condiciones. En varias ocasiones se invitó a G para que asistiera a la consulta por considerarlo un miembro importante de la familia, pero no se recibió respuesta, este mensaje se enviaba a través de los asistentes a la consulta.

Durante el proceso terapéutico la hermana de Javier, P, llegó a vivir con los tíos porque los abuelos comentaron que había problemas en su ciudad de origen y no podían cuidarla, los problemas estaban relacionados con una pelea que tuvo Javier estando allá y derivó las amenazas hacia Javier, P y la familia en general.

Posteriormente, los abuelos de Javier también se fueron unos días a vivir a la casa de los tíos en el Estado de México, dado que se presentó una complicación de salud vinculada con la presión que sentían al continuar en Irapuato, esto paso casi al final del proceso terapéutico brindado.

Durante las primeras sesiones Javier se encontraba renuente a hablar, pero con el paso del proceso fue mostrando mayor apertura, aunque seguía siendo poco participativo, logrando tener un mayor diálogo, pero denotando dificultad para expresarse de manera abierta. En una sesión comentaron que Javier expresó quererle hacer daño a su tío G, no querer seguir viviendo y escuchaba una voz externa que le decía que hiciera cosas que él no quería, como hacer algo en contra de G, lo que confirmó el mismo Javier.

Modelo de intervención:

Se reitera que el análisis es de acuerdo al enfoque estructural.

i) Objetivos terapéuticos:

- A. Establecer una dinámica favorable en la nueva conformación de familia.
- B. Evidenciar la dificultad en la comunicación y la presencia de dobles mensajes que recibían P y Javier.
- C. Identificar el ciclo vital de la familia por la que se encuentra y favorecer tengan claras las metas a cumplir.
- D. Descartar una problemática mayor en alguno de los miembros de la familia que necesitaría ser atendida prioritariamente.
- E. Descolocar el rol del paciente identificado como el motivo, mantenimiento y resultado de los problemas dentro de la familia.

ii) Diagnóstico estructural de la familia:

Síntoma: Conducta desadaptativa de Javier llegando a un nivel considerable en donde se vio la necesidad de que cambiara de residencia y pasar al cuidado de sus tíos. Presencia de comportamiento agresivo dirigido hacia los tíos, pero en especial hacia G, falta de seguimiento de reglas en donde vivía antes (con

abuelos) y lo mantuvo en su nueva residencia actual. Presencia de conductas delictivas, el posible robo que reportó E. Presencia de consumo de sustancias psicoactivas.

Subsistemas:

Parental: Formado por sus tíos, pero aparentemente estaba incluido el abuelo, entre ellos acordaban las reglas, los movimientos de residencia y los tiempos, se considera que el padre de Javier estaba dentro del holón, pero de manera inconstante, no tomaba decisiones o mantenía una participación poco activa ante dichas decisiones. Logrando que no existieran acuerdos entre los cuatro miembros, no teniendo claridad de la información, haciendo la estructura difusa.

Se identifica la poca claridad de la estructura, se esperaba que el padre fuera quien dijera las acciones a realizar, pero el señor tenía mucho tiempo sin cumplir ese papel, aunque los tíos y el abuelo, seguían esperando las indicaciones del padre. Intentaban darle el lugar y la responsabilidad, y terminaban decidiendo y accionando sin él, pero con poca contundencia. Cuando Javier llegó a vivir con los tíos se había entendido que seguirían en contacto y contarían con el respaldo del abuelo, pero se seguía sin asumir y clarificar el poder de autoridad que tenía cada uno. Siendo evidente la falta de jerarquía al no saber a quién dirigirse ante una u otra situación. A pesar de que G estaba a cargo, al no ser familiar consanguíneo, se encontraba limitado para ciertas acciones o decisiones. Se reitera la pobre claridad de roles y jerarquía dentro del mismo holón.

Fraterno: Conformado por Javier y P, mantienen una relación lejana, con poca convivencia y poca afectividad, en ocasiones se puede tornar la relación conflictiva al presentar falta de respeto entre ellos, Javier se dirige con autoridad sobre P y en ocasiones se hablan o conducen para molestar, comentan que es más de parte de Javier.

Alianzas: Se presenta la alianza entre E y P, refieren que han tenido una relación favorable desde siempre y ahora que viven juntas pudieron adaptar sus actividades y se organizan para apoyarse en acciones de la casa.

Coalición: Se presenta una coalición entre E, G y P, y E, G hacia Javier, se identifica que cuando están los tres (E, G, P) o dos (E, G) logran estar “bien”, pero cuando algo se presenta en relación a Javier todos están “mal”, él es el problema y lo dicen abiertamente.

Centralidad/Periferia: Javier se encuentra en la centralidad del sistema y a pesar de los cambios de residencia sigue manteniendo ese lugar. En periferia se encuentra el padre, al no hacerse cargo de las necesidades y los cuidados de sus hijos.

Propiedades de frontera de la familia total y subsistemas: No existían límites claros entre estos, dado a las movilizaciones de residencia de los jóvenes por problemas asociados a las conductas de Javier y los riesgos de seguridad para él y para P, la mayoría de la familia comentaba ante la situación sin clarificar qué se permite y qué no entre ellos. Hay límites laxos entre todos los miembros.

Distribución jerárquica: se visualiza a los abuelos de Javier con el mayor poder jerárquico en la familia, seguido del tío G (la tía no toma decisiones sin que su esposo lo apruebe), aunque en apariencia Javier no lo considere, tiene mayor poder el tío que su tía, el lugar del papá se visualiza difuso, porque en creencias se coloca en primer nivel, pero en acción real está en tercer nivel. Dentro de las jerarquías se esperaría que Javier y P estén al mismo nivel, pero aparentemente Javier tiene mayor jerarquía que su hermana.

Pautas: Siempre que alguna problemática se presenta en la familia E cumple el papel de cuidadora y salvadora, en ocasiones ha ido a la ciudad de origen (Irapuato) para solucionar problemas de cualquier miembro de la familia. Javier y P ya habían estado una temporada con E y G cuando se presentó un problema en el pasado, pero regresaron a la ciudad de origen, aparentemente cuando estaban en mayor armonía las condiciones. Cuando existen situaciones conflictivas o problemáticas con Javier y su hermana, su padre se hace más presente para atender e intentar solucionar, pero al regresar a la “normalidad” o al disminuir la dimensión del problema, el padre se vuelve a desentender de sus cuidados.

En la condición actual se identifica que cuando Javier presenta una conducta desagradable-conflictiva, en todos los demás miembros de la familia existe mayor tensión y vigilancia, pero Javier al experimentar mayor supervisión reacciona de manera violenta y refiere querer hacer cosas “malas” a su tío G, lo que a la vez preocupa más a los familiares y la pauta se mantiene.

Premisas de la realidad: Consideran que la familia debe de apoyarse en situaciones complicadas sin importa la distancia, se deben de apoyar en todo. Se cree que la familia esta para ayudar, pero se respeta mucho la opinión y participación del padre como principal autoridad, aunque muchas de las funciones de ese rol no se cumpla, se sigue creyendo que se debe de dejar ese lugar de autoridad. Se normaliza por parte de E y los abuelos el comportamiento de los jóvenes, por haber sido abandonados por su madre desde chicos, justificando que las conductas desadaptativas se deben a esto. Se cree que si Javier consume sustancias psicoactivas no se le debe confrontar por el temor a que cometa algunas acciones mayores contra él o contra otros.

Contexto: Se movilizan por el momento de la consulta solo en espacios familiares, se comienza a considerar la posibilidad de incorporarse a la escuela, pero no se hizo el trámite necesario durante el proceso.

Hipótesis ¿cómo se concreta circularmente el síntoma con el sistema?

Se considera que la familia de Javier se encontraba siendo poco favorable para el desarrollo individual y familiar, esto desde hace tiempo; en donde no se mantenían roles adecuados dado que no se establecían y determinaban con claridad dichos roles. Ejemplo de esto es que existía autoridad, pero no la suficiente, se tenía cercanía, pero no se validaba dado que no era la persona que debía proporcionarla, lo cual, se evidenció al no tener claridad de quiénes eran las personas indicadas para dirigirse a Javier. Esta dinámica se congeló por mucho tiempo y a pesar de que Javier se fue a vivir con los tíos ésta dinámica se mantuvo. En primera instancia el padre no cubría en su totalidad el rol de cuidador y de guía, así que estas responsabilidades pasaron a los abuelos, al ellos tampoco cubrirla paso a lo tíos, y al haber poca claridad de roles adecuados a su familia, E

y G se presentaron también con la misma complicación de no identificar y delimitar su papel. Por otra parte, parece que en Irapuato los jóvenes (P y J) fueron visto y tratados de manera diferente por la familia extensa al ser los hijos de la “mala madre que los abandono” y “el padre irresponsable”, complicando esta claridad de roles con la participación de otros miembros de la familia que opinaban en la vida de los jóvenes y su crianza, pero sin responsabilizarse totalmente de acciones y consecuencias de estas.

iii) Estrategias utilizadas durante el proceso:

Se presentan a continuación las estrategias y a su vez las técnicas del modelo estructural que fueron empleadas durante las sesiones a lo largo del proceso.

a) cuestionamiento del síntoma:

Escenificación:

Dentro de esta técnica se presentaron principalmente las escenificaciones para provocar interacciones, esperando identificar la dinámica que se establecía entre ellos, aunque refirieron que era complejo para ellos actuar como lo hacían en casa, se puede asumir que el saberse en consulta les limitaba un poco de movilidad. La dinámica que se pudo observar es la cercanía entre las mujeres, y el distanciamiento con Javier, denotando un poco de temor ante las reacciones de éste, así como el interés de E para que Javier se expresará más, algo que se repetía en casa. La otra variante que se empleo fue la iluminación de una reacción espontánea, esto se reflejó después de la pausa para construir el mensaje y se evidencio la presión que ejercían en Javier porque hablará, limitando más sus interacciones, siendo que en las pausas de la sesión él se acercaba con mayor facilidad al no estar presionado por hacerlo.

Enfoque:

Se empleo esta técnica con la modalidad de trampas dado que se ilumino las actividades cotidianas de casa, el poder usar o no la computadora y ver televisión, para en sesiones posteriores permitir ahondar en los miedos que generaba para la

tía que Javier se contactará con personas de su ciudad de origen y se pusieran de nuevo en peligro.

Intensidad:

Se identifica como parte esencial de las intervenciones dado que en varias ocasiones se empleó el repetir el mensaje que se quería dar como terapeuta, algunos mensajes eran: a) dificultad de adaptación por la que estaban pasando los miembros de la familia, b) decisiones tomadas desde el afecto, aunque era momento de cuestionar la manera de hacerlas, c) diferenciación entre los temas que se hablan entre toda la familia y los que sólo se hablan entre algunas personas u subsistemas.

También se utilizó la modificación del tiempo, una vez establecida la dinámica en sesión en donde tendían a hablar las mujeres y presionar a Javier para que hablara, se les pidió que compartieran sus sentires respecto a sus vivencias, buscando quitar la presión que se ejercía sobre Javier que incrementaba posicionarlo como el paciente identificado.

b) cuestionamiento de la estructura familiar:

Fijación de fronteras o límites:

Se empleo el cuestionamiento cuando se le pregunto a Javier quién de sus tíos da los permisos, si hay comunicación con su papá y sus abuelos, si sabía lo que hablaban entre ellos, si conocía el motivo por el que se había decidido que se fuera de su ciudad de origen. Permitiendo que su tía escuchara que no había claridad ni de él ni de los demás quién podría opinar y cómo.

Desequilibramiento:

Se empleo la alianza con un miembro de la familia, logrando cambiar la alianza terapéutica con cada uno de los asistentes a sesión, así como miembros de la familia que no se presentaron, por ejemplo, se nombró el sentir de G ante estos cambios y el recuerdo de la muerte de su hijo ante dicha situación de Javier, permitiendo que los asistentes a sesión identificaran un duelo que experimentaba

el señor, descolocándolo del lugar de “insensible” ante lo que pasaba la familia; la carga de la señora E por ser mediadora entre los conflictos de su sobrino y su esposo, permitiendo ver lo complicado del rol de la señora, así como la incoherencia en las jerarquías al comparar o tener que mediar entre un adolescente y un adulto. Principalmente se mantuvo una alianza terapéutica con Javier dado que en todas las sesiones se regresaba a él como el problema de toda la familia, cuestionado el poder de un adolescente para tener tanto impacto, hasta en la familia extensa, además, permitió acercamiento y confianza de Javier, elemento clave para que pudiere hablar de manera clara durante la sesión, en algunas ocasiones se transformó a establecer coalición con un miembro (Javier) al resaltar la experiencia de siempre ser el “problema”.

Complementariedad:

Se tenía muy catalogado al PI (Javier) como el miembro de la familia que generaba dificultades y problemáticas dentro de la familia, por lo que se cuestionó en todas las sesiones el papel de Javier en la dinámica de la familia y de la participación de los demás miembros en que dicha dinámica se mantuviera de esta manera. Haciendo cuestionamientos del problema intentando quitar la certeza ya establecida de que todo lo que pasaba en la familia era en reacción lineal, es decir, cuando había presencia de un problema se explicaba por un solo responsable (Javier) y cuando ese responsable cambiaba algo (Javier) se desaparecía el problema; se cuestionaba la participación y reacciones de los demás, en especial se cuestionó la participación del papá como elemento clave del cambio. La técnica de cuestionamiento del problema fue constante en la mayoría de las sesiones.

También se empleó el cuestionamiento del control lineal cuando reportaron las discusiones que se presentaron en casa en donde estaban involucrados todos los que vivían juntos y se fue ligando la participación de cada uno ante dicho evento, con la intención de cuestionar la certeza que tenían de cómo se habían dado las cosas y la responsabilidad que daban a uno, es decir, se puntuó la participación

de G, de E, de P y de Javier cuando discutieron por el uso de la computadora, quitando todo el peso del problema en Javier.

c) cuestionamiento de la realidad familiar:

Construcciones cognitivas:

Se cuestionó la verdad familiar de guardar el rol y la autoridad para el papá de Javier, referían que él era la principal persona que debía actuar, pero en hechos no era evidente su participación y los tíos se colocaban como cuidadores, pero no con la posibilidad de decisión, así que se cuestionó y visualizaron los pros y contras de decir una cosa y accionar otra, así como la necesidad de cuidado de un joven de 15 años. Por otra parte, se sugirió que Javier tuviera una valoración medico psiquiátrica que descartará alguna presencia que complicará el entendimiento y cambio de su parte, pero se resaltó la importancia de que todos los miembros de la familia tienen características individuales que propician a una dinámica, pero de nuevo, no era causa de ser responsable totalitario de la familia, se comparó con el tío G que de igual manera tenía una indicación médica y ese seguimiento era para establecer un bienestar personal, similar a lo que se sugería con Javier, siendo relevante que G no tenía adherencia a su tratamiento.

Paradojas:

Se utilizó en un comentario dirigido a Javier en donde se encontraban presentes su tía y hermana, se le dijo que, si no hablaba durante las sesiones o en su casa también era una forma de comunicarnos, pero que si decidía hablar de igual manera escucharíamos lo que tuviera que decir, es decir, hablara o no él nos ayudaba a entender y era parte de la dinámica, nos comunicaba algo con el silencio también.

Lados fuertes:

Esa técnica también se empleó en varias sesiones, con la intención de que la familia visualizará cuestiones y características familiares de todos y en especial de Javier, se les mencionaron como lados fuertes, el sentido del humor que manejaban todos, la presencia de afecto entre ellos y el interés por verse y

saberse bien, el pedir y aceptar ayuda para favorecer a su familia, el dar seguimiento a las indicaciones y sugerencias dentro del proceso terapéutico, el tener apertura a visualizarse como una familia sin minimizar la diferencia con una familia tradicional, la bondad de la señora E al recibir a sus sobrinos en casa y buscar que se sientan a gusto en ella.

Resultados:

De acuerdo con los objetivos terapéuticos establecidos, estos son los resultados obtenidos durante el proceso terapéutico:

- A. En el primer objetivo se intensificó en el mensaje sobre el proceso en el que se encontraban conformando su familia, no tradicional, pero igualmente válida.
- B. Se nombraron todos los dobles mensajes que se notaron dentro de las sesiones y las consecuencias de que esto se presentara, siendo más enfáticos con la señora E, pero existió una gran limitante al no presentarse en señor G, dado que dentro de la familia es quien tenían en mayor poder jerárquico.
- C. Dentro del ciclo vital de la familia se intentó identificar la etapa en la que se encontraban, pero se presentaron complicaciones dado que para la pareja se encontraban en la etapa de nueva construcción de familia o llegada de los hijos, pero Javier e Itzel ya se encontraban en la etapa de adolescencia, al no coincidir se pretendía establecer dinámicas que ya no correspondían a su edad. Se mostro dificultad en ese aspecto, pero se logró que identificaran como meta de la etapa el comienzo de la construcción de la independencia de Javier y P pero en acompañamiento.
- D. Se evaluó en el servicio de psiquiatría, pero no se le dio continuidad como parte del tratamiento dentro de la FESI y no logramos descartar un padecimiento psiquiátrico prioritario de atención.
- E. Siendo el principal objetivo se logró observar a todos los miembros de la familia como parte de esta y con influencia en ella y no sólo a Javier, pero la

dificultad mayor fue la poca participación del señor G, quien estaba convencido de que el problema era Javier.

Reflexiones acerca del caso:

-Necesidad de tener un directorio para referir casos a lugares específicos, como puede ser el servicio de psiquiatría. Con la intención de generar un tratamiento interdisciplinario e identificar los objetivos y alcances de la terapia familiar sistémica como parte de ese abordaje interdisciplinario ante un posible problema mayor.

-La importancia de personalizar las intervenciones, porque existe teoría que guía, pero cada consultante es diferente, es un elemento que no podemos olvidar dentro y fuera de la formación.

-Tomar en cuenta las edades de los asistentes y el ciclo vital, aunque hay variantes como vemos en el caso, en donde se conforma una nueva familia “no tradicional” y también se complejiza, pero se favorece su establecimiento.

Caso 2. Valeria

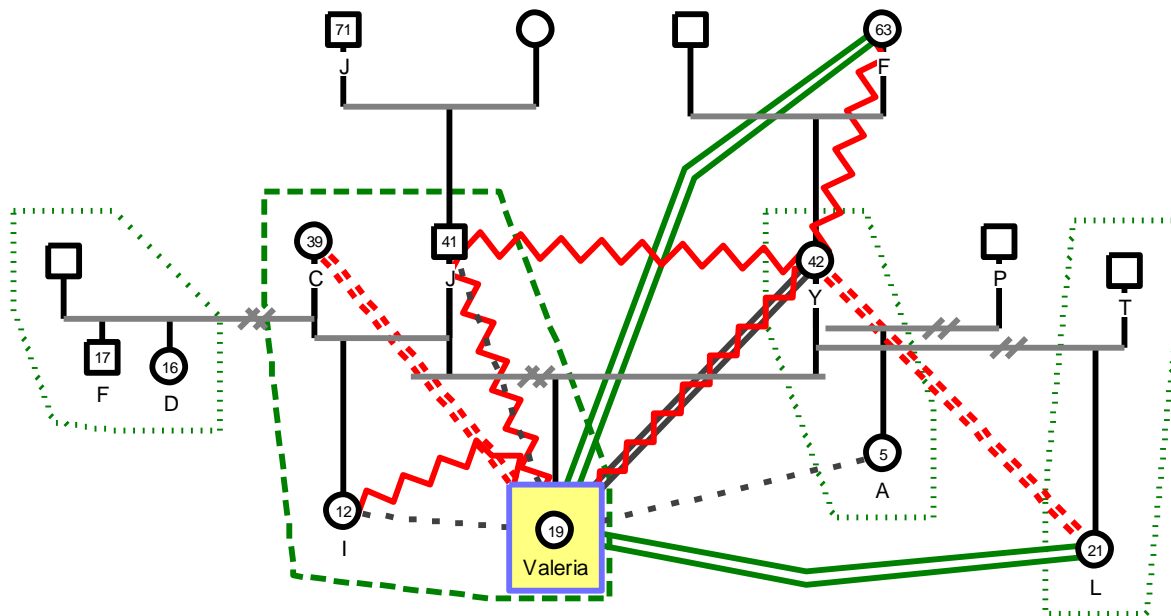
Sede: Clínica de atención psicológica USTA, Colombia.

Supervisora: Mtra. Dora Cecilia Gaitán Hidalgo

Equipo de supervisión: sin equipo de forma presencial.

Motivo de consulta: la refieren de la escuela por consumo de marihuana a los alrededores de la escuela.

Familiograma:



NOTA: Los nombres fueron cambiados para proteger la confidencialidad de la familia. El genograma fue realizado con el programa GENOPRO.

Asisten a consulta, aunque sea en una ocasión: Valeria (paciente identificado), la mamá (Y), el papá (J), hermana consanguínea por parte de su mamá (L) y una amiga de Valeria (H).

Numero de sesiones: Se tuvieron 7 sesiones.

Antecedentes: Valeria se encontraba estudiando el bachillerato y ha sido reportada en varias ocasiones por el consumo de marihuana a los alrededores de la escuela. Paso un evento significativo con ella y varios compañeros de la escuela en donde se asoció al consumo de varias sustancias psicoactivas, como proceso administrativo de la escuela se dio avisó a las autoridades y algunas personas presentaron complicaciones a nivel médico, lo que los obligó a recibir atención inmediata, no aclaran el nivel de atención porque no hay claridad de la información, hasta donde se sabe Valeria no necesito la atención médica.

Valeria ha vivido con su padre, su nueva esposa y la hija de ellos desde hace más de 3 años, está la mayor parte del tiempo en casa de ellos. Pasa alrededor de 3

días a la semana, esto varia no hay algo establecido con claridad, en casa de su mamá en donde Y vive con su hija menor de 5 años. Hasta donde reportaron en las sesiones los días los han ido ajustando de acuerdo a las necesidades y la organización de tiempos de los padres. Entre semana, gran parte del día lo pasa en la casa de la abuela materna, se dirige hacia allá al salir de la escuela, no hay un convenio fijo, pero es la dinámica hasta el momento establecida.

Durante el proceso, Valeria tiene varias faltas a su casa, no llega por la noche, y al tener discusiones con su padre se ha quedado más tiempo de lo acostumbrado en la casa de su mamá.

En varias ocasiones Valeria ha acudido al servicio de psicología, en espacios particulares o en la escuela, refieren que en todas las veces que asiste no se da seguimiento, que no escucha lo que las psicólogas le dicen y deja de ir, siendo dos sesiones lo máximo que ha logrado en cada proceso. Se considera de importancia dado que ella deja el servicio de psicología, pero de igual manera sus padres no dan continuidad, refieren que Valeria no da seguimiento, siendo los padres quienes tampoco lo hacen, marcando una pauta de la forma de conducirse ante los procesos terapéuticos que han iniciado y abandonado, establece una gran posibilidad de repetirse esta dinámica en el presente proceso.

Comentan que desde hace alrededor de 5 años han estado buscando asistencia psicológica, acompañamiento religioso con retiros para poder establecer una mejora en el comportamiento de Valeria, siendo para los padres la mala conducta, el consumo de sustancias psicoactivas y las “malas” amistades lo que les preocupa.

Modelo de intervención:

Se reitera que se dirigió el análisis de acuerdo con el enfoque estructural.

Objetivos terapéuticos:

- A. Descolocar a la PI como el problema único en la familia y dirigir la aportación de todos ante la situación.

- B. Establecer reglas claras y adecuadas a la dinámica familiar que favorezca a cada miembro.
- C. Evidenciar el ciclo vital de la familia como factor relevante para la reorganización del sistema familia completo, identificando el desarrollo esperado en la etapa y los retos.
- D. Evidenciar y modificar la dinámica familiar, considerando la participación activa y latente de todos los miembros del sistema familiar completo.}

Diagnóstico estructural de la familia:

Síntoma: Consumo de marihuana de Valeria siendo esto inadecuado para la familia, así como conductas desafiantes ante figuras de autoridad (escuela y padres), problemas en la escuela por reportes de consumo y posesión de marihuana e incremento en las discusiones entre la PI y sus cuidadores (papás, pareja de él y abuela).

Subsistemas:

Parental: Se encuentra constituido por la mamá y papá, y han sido incluidas las parejas de ambos, actualmente a la pareja del papá, con quien vive bajo el mismo techo con Valeria. Se identifica que no hay organización en este subsistema y cada uno da indicaciones particulares sin respaldar y favorecer al subsistema como recurso dentro de la familia. El señor J es quien tiene mayor influencia en Valeria, aunque no lo logra en todas las ocasiones. También se puede considerar a la abuela materna dentro de este subsistema porque es cuidadora, varios años vivió con ella y fungía con este rol.

Se identifica poca claridad en el rol entre los integrantes del sistema, dificultad para llegar a acuerdos entre ellos, generando mensajes contradictorios y poco respaldo entre sí.

Fraterno: Conformado por Valeria, L, I y A. Al ser una familia reconstituida existen diversas dinámicas entre cada miembro considerando el parentesco, el espacio físico en donde viven, el tiempo de convivencia y la participación en el sistema

completo. Valeria tiene una relación distante con I a pesar de que viven en la misma casa, se presentan discusiones de manera frecuente y desde la presencia de los problemas de Valeria en la escuela, el papá y la pareja de él, le piden que no pasen tanto tiempo a solas porque no es la mejor influencia para su hermana; la relación con A es de juego y refiere que es agradable, comenta que la diferencia de edad le permite sólo jugar y no pasa tanto tiempo con ella, su mamá fomenta la convivencia y en ocasiones se le pide a Valeria que sea cuidadora de su hermana A; y por último, con su hermana L mantiene una relación muy cercana, de convivencia, de complicidad, de cuidado y en ocasiones comparten puntos de vista para mejorar los comportamientos de ambas, en especial de Valeria, los papás de Valeria le piden constantemente a L que hable con su hermana, colocándole la responsabilidad de hacerla entender y cambiar.

Alianzas: Se identifica una alianza entre Valeria y su hermana L, refieren tener una relación favorable y de confianza, no se identifica que se convierta en coalición dado que no va dirigido hacia nadie en específico.

Coalición: con la información obtenida no se identifica presencia de coalición entre ninguno de los miembros o los sistemas.

Centralidad/Periferia: Valeria se encuentra en la centralidad del sistema a pesar de los cambios de residencia, siendo los problemas asociados a ella los que la mantienen ahí, aunque es importante que cuando los problemas disminuyen Valeria pasa a la periferia. Es una dinámica similar en los padres, el señor J se encuentra en la centralidad hasta que hay un problema mayor y pasa a la periferia, alternado, la señora Y ésta en la periferia y al existir problemas se coloca en la centralidad, cuando las situaciones complicadas cambian, regresan a la periferia, siendo normalizada esta dinámica.

Propiedades de frontera de la familia total y subsistemas: Existen fronteras difusas y poco claras entre el sistema familiar completo y los subsistemas, intensificadas estas características al ser poco constantes e inflexibles. En ocasiones pueden pasar a ser fronteras rígidas sin mantenerse en el tiempo, siendo cambiantes de manera drástica.

Distribución jerárquica: se tiene primero el señor J, seguido por la señora Y, después la abuela materna, posteriormente la pareja del señor J, después la hermana L, como penúltima Valeria, y al final las demás hermanas. Los demás miembros del sistema familiar completo no tienen una participación tan activa hasta la información recabada.

Pautas: Valeria mantiene una relación cercana con su papá y cordial, y poco lejana con su mamá, cuando se presentan problemas mayores (consumo de sustancias psicoactivas, reportes de la escuela, faltas a los acuerdos de la casa, no llegar a casa, mal rendimiento académico) buscan ayuda profesional y al comenzar a recibir la ayuda la madre se hace más presente, el papá no está tan presente físicamente pero sigue siendo relevante dado que su opinión y jerarquía es significativa y Valeria vive con él, cuando la situación empieza a tranquilizarse o mejorar de nuevo Valeria vuelve a estar cercana a su papá propiciado también por el señor, y de nuevo, su mamá poco presente hasta que otra situación complicada se presente. Las reacciones de J, Y y Valeria suelen ser con poca escucha, desconfianza, inconsistencia, violencia y con presencia de simetría entre los tres, especialmente entre los papás y Valeria. Todos hablan a la vez y no se escuchan, refieren los papás que Valeria no podría llegar sola a consulta de inmediato Valeria les contesta que ellos no saben que puede hacer y que no y comienza la discusión, en ocasiones pueden hablarse con falta de respeto, se acusan uno al otro sobre lo que no hacen bien.

Premisas de la realidad: Los padres consideran que las “malas” acciones de Valeria, los problemas que presenta en la escuela, la presencia de consumo de sustancias psicoactivas (marihuana) son causadas por las malas compañías y amistades, dan mensaje contradictorio porque refieren que ella es responsable de lo que hace, pero terminan concluyendo que son las amistades. Para los padres, Valeria no demuestra interés y cuidado hacia ellos. Además, Y cree que el señor J es el más lastimado por las conductas de Valeria, dado que él apoya mucho a su hija y ella no corresponde, llegando a justificar las “desapariciones” del proceso terapéutico del señor a causa del cansancio ante las situaciones.

Contexto: Se movilizan cada que hay situaciones más complicadas, pero terminan mandando a Valeria de una casa a otra, y cuando es más grave la situación la envían a la casa de la abuela materna.

Hipótesis ¿cómo se concreta circularmente el síntoma con el sistema?

Se considera que el sistema completo presenta poca estructura funcional para todos los miembros y para su desarrollo favorable, presentan límites difusos y poco claros, así como roles poco establecidos en la dinámica completa. No existe una constancia en la relación establecida, pueden pasar de ser presentes a distantes, a través de un cambio drástico y polar. Se evidencia poca cercanía afectiva, falta de validación en las vivencias de cada miembro y dificultad de reconocer cuestiones favorables especialmente de Valeria. Evidenciando que el síntoma de la PI se incrementa o intensifica por lo antes mencionado, se mantiene el síntoma por la falta de estructura de la familia, la poca claridad y la inflexibilidad ante los cambios experimentados por el ciclo vital individual de un miembro de la familia, teniendo la función de movilizar la dinámica como está establecida y la necesidad de que todos los miembros del sistema completo identifiquen su papel relevante en este y modifiquen para generar cambio, se puede considerar el síntoma detonante de cambio.

Estrategias utilizadas durante el proceso:

Se presentan a continuación las estrategias empleadas a lo largo de las sesiones con el enfoque estructural divididas por:

a) cuestionamiento del síntoma:

Escenificación:

Siendo una técnica básica se permitió que las personas asistentes interactuaran de manera natural entre ellos, permitiendo interacciones espontaneas, fue de mucha ayuda para identificar la manera en la que se comunicaban la señora Y y Valeria. Ejemplo de ello es cuando se habló sobre los acuerdos de actividades en casa y parte de la sesión permitió ver la puntuación de la información para identificar una relación simétrica, poca escucha, presencia de molestias, no llegar

a un acuerdo y convertir la plática en una discusión, dinámica que se lleva en la mayoría de las ocasiones en donde ellas intentan llegar a un acuerdo. Al hacer otra intervención ligada a ésta se ilumina la reacción espontánea, enfatizando cómo esta manera de comunicarse mantiene las peleas entre ambas y la necesidad a que cambien las dos si quieren resultados diferentes.

Enfoque:

Pretendiendo puntualizar la participación de todos ante la problemática familiar y descentralizar a Valeria como la PI en varias ocasiones se empleó esta técnica, se reportan tres momentos con diversos miembros del sistema, en donde se empleó el enfoque al servicio del cambio.

El primero fue con Valeria y su papá, se pretendió que se nombrara la función que tenían los “malos” comportamientos de ella en el sistema familiar completo y lo que provocaba en todos, primero nombró el papá aspectos negativos pero posteriormente logro referir que él era pragmático e inflexible ante algunas condiciones necesarias por edad de su hija, que Valeria estaba pidiendo, logrando y promoviendo mayor comunicación efectiva entre ellos dos, y entre ella y sus papás, de no ser por estas situaciones problemáticas no habría contacto así entre ellos, así que la intervención se nutría al intensificar las características positivas del problema que los llevo a consulta.

La segunda ocasión fue con su hermana L y su amiga H, se les preguntó a las dos invitadas sobre lo que ellas consideraban que estaba pidiendo Valeria a sus papás pero que lo decía con acciones más que con palabras, y al contestar, también se pidió que mencionaran acciones y frases que ellas conocían que los papás de Valeria han tenido hacia ella, permitiendo vislumbrar características favorables y necesarias de su rol como padres, de su preocupación por su hija, de sus intentos de ayuda y de su intensión e interés genuinos ante su hija. Esto permitió que Valeria escuchara de personas significativas características positivas de su mamá y papá, así como de la relación que han establecido.

Por último, la tercera intervención con la misma técnica fue con Valeria y su mamá con un objetivo similar al primer escenario, enfocando los intentos de cambio de ambas partes, las características positivas que han favorecido a los pequeños cambios durante el tiempo del proceso terapéutico, connotando de manera positiva que están aprendiendo a comunicarse diferente gracias a la intención y disposición de ambas, lo que necesitaban desde tiempo atrás, dado que su relación ha estado conflictuada desde hace más tiempo y la relación se conforma de dos vías, no sólo es la responsabilidad de una.

Intensidad:

Dentro de esta técnica se pueden identificar varias intervenciones, siendo conjuntada con mucha de las otras técnicas aplicadas en el proceso. Se empleó de manera constante la repetición de mensaje en diversas sesiones. Por ejemplo, con la señora Y se comentó, a) la necesidad de escuchar a Valeria porque en las sesiones en muchas ocasiones la señora no permitía que otros hablaran, b) se repitió la necesidad de claridad ante las peticiones que hacía, c) se reconoció de manera constante el cansancio y la preocupación por su hija como motivante para hacer cosas diferentes que tengan mejores resultados, y, d) se insistió en emplear lo que había sido de ayuda en la semana para ir mejorando la relación. Con el señor J se repitió la diferencia de edad entre sus hijas y las reglas adecuada a cada edad, enfatizando el ciclo vital de las familias. Con Valeria, a) se repitió la responsabilidad de colocarse en problemas con sus papás al no cumplir con los acuerdos, b) se le mencionó la atención e inteligencia que denotaba favoreciendo a emplearla en ayudarse y ayudar a mantener una relación más cercana con ambos padres, y c) su sensibilidad al darse cuenta de muchas vivencias de sus familiares y la preocupación ante ello.

De la mano se hacía intervención de repetición de interacciones isomórficas referentes a la falta de comunicación entre Y, J y Valeria en conjunto, y de esta misma falta de comunicación entre los padres, dinámica ya establecida y conocida por ellos, pero no modificada hasta la aparición de “los problemas de Valeria”. Así

como las quejas de los padres hacia los profesionales (psicólogas) sobre su hija, con el mismo discurso sin novedades.

Dentro de la técnica de intensidad también se utilizó la resistencia a la presión familiar, dado que en varias ocasiones la familia se encaminaba a visualizar a Valeria como el principal problema de toda la dinámica familiar y enfocarse en sus defectos, pero se promovía que se hablará más de soluciones, de pequeños cambios alcanzados y de nombrar acciones favorables, los padres principalmente se encontraban muy enfocados en llegar a sesión a “acusar” las conductas desadaptativas de Valeria sin visualizarse como parte de una dinámica, se repetía la intención de visualizar la retroalimentación en bucle de la relación.

b) cuestionamiento de la estructura familiar:

-Fijación de fronteras o límites:

Esta técnica se empleó en las primeras sesiones al conocernos, dado que se pidió que describieran a los miembros de la familia que conforman el sistema familiar completo. Se cuestionaba sobre la participación o no de cada uno y el cómo se tenía definido, si de manera explícita o implícita, qué se permite en las relaciones del sistema completo y subsistemas, quién opinaba y cómo, y, cómo se lleva a la práctica entre cada relación. Se pudo reconocer que no había claridad en los roles establecidos por cada miembro, la existencia de cuestiones importantes manejadas de manera implícita y no habladas de manera concreta y clara, así como la poca participación de los adultos como guías de establecimiento de normas y seguimiento de éstas.

Desequilibramiento:

Esta técnica como muchas de este modelo se emplean en conjunto con otras, dado que la postura del terapeuta se elige y se complementa con otras intervenciones, se emplearon diversas variantes de la técnica. Por ejemplo, se empleó el aliarse con un miembro de la familia en diversas sesiones y dentro de la sesión se hizo la alianza con el papá, la mamá, Valeria, y con la amiga H, no se mantuvo una alianza con el mismo miembro de la familia durante todas las

sesiones para que eso permitiera generar un vínculo terapéutico con todos los asistentes, lo que aparentemente dio resultado por las maniobras realizadas y la retroalimentación sobre la apertura en las sesiones que sintieron todos. En la sesión donde asistieron Y, Valeria y su amiga H, se ignoró a un miembro del sistema (a H), durante parte de la sesión cuando en un momento intento mediar la conversación entre Valeria y su mamá, se retomó su participación casi al final, pidiendo compartiera sus observaciones y sentimientos al estar presente en una conversación entre Y y Valeria, lo que favoreció reiterar la dinámica en escalada que suelen tener.

Complementariedad:

Esta técnica tiene mucha concordancia con otras ya empleadas dado que se pretendía descentralizar a Valeria como la causante del problema haciendo partícipes a todos de la dinámica que favoreció la aparición y mantenimiento del síntoma. Se empleo el questionamiento del problema al preguntar a los asistentes de qué manera ellos aportan a que el problema se mantenga y se ejemplificó con experiencias de otros casos tratados por mí, logrando que cada uno mencionará una aportación. El papá identificó la desesperación e inflexibilidad, la mamá, la falta de escucha y contestaciones impulsivas, la hermana L, al no decirle las cosas claras a Valeria ni a su mamá y guardar información relevante, la amiga H, al ocultar información y no dar importancia al sentir de los padres, y Valeria, mencionó el no considerar y cumplir con sus acuerdos. También se empleó el questionamiento del control lineal en especial en las sesiones con diferencias evidentes entre Y y Valeria donde se visualizó que el resultado tendía a ser el mismo porque cada una se quedaba con su versión o su punto de vista, pero no veían la bola de nieve que construían entre ambas para terminar peleando. Ligada con la técnica anterior se empleaba el questionamiento del modo de recordar los sucesos, usándola principalmente en la sesión en donde comentaron que Valeria no había llegado a casa por la noche, que no cumplía con los acuerdos se permitió que fueran construyendo la historia entre ambas e interviniendo para no fragmentar la experiencia, fue evidente el incumplimiento de Valeria pero permitió

devolverles a ambas la pauta establecida entre ellas que impedía salir de ese juego, ayudó a que ambas escucharan más antes de hablar y realizar una réplica.

c) cuestionamiento de la realidad familiar:

Construcciones cognitivas:

Se emplea la técnica en temas y perspectivas muy marcadas de la familia como el significado que los papás tienen sobre las personas que consumen sustancias psicoactivas (son ladrones, no aportan nada a la sociedad y terminan viviendo en las calles), para explicar el consumo de sustancias psicoactivas como una problemática mundial de salud que afecta la vida de la persona y de sus familias, connotando la preocupación de los papás por el futuro de Valeria a lo que ella refiere no querer dejar su vida por la marihuana, y dando importancia a la terapia que puede prevenir que el nivel de consumo se incremente y aparezca la enfermedad, entendiendo el consumo como acto individual sin dejar de visualizar la circularidad del síntoma. También se habla sobre las expectativas que tienen de la etapa de la adolescencia y se normalizan los cambios y desajustes como parte del proceso de desarrollo de la familia y del individuo, ejemplificando con las diferencias en las necesidades de las hermanas de Valeria y ella, el que Valeria ponga más importancia en la relación con pares, la necesidad de los límites a pesar de la edad y de la contradicción entre querer ser independiente, pero querer depender en varias cosas de sus padres. Por último, se cuestiona el tipo de paternidad y maternidad que se quiere ejercer con sus hijas considerando que este va a influir en la manera de relacionarse con ellas, siendo que las necesidades van cambiando con el paso del tiempo y de las generaciones, cuestionando la manera de ser de sus padres y el estilo de Y y J.

Paradojas:

Se emplearon cuando los padres comentaban que no había quien acompañara a Valeria a la sesión así que se les dijo que si la enviaban sola o con su hermana habría una oportunidad para que Valeria demostrará ser responsable, pero si no estaban listos para eso, ellos buscarían la manera de asistir demostrando el

interés por la terapia. También cuando mencionaron que los procesos terapéuticos habían durado no más de dos sesiones, para ello, se les mencionó que si pasábamos esas dos sesiones algo bueno estaban recibiendo del espacio o lo podrían obtener, o si no se llegaban a las sesiones, seguramente ya habían adquirido todos los miembros del sistema todas las habilidades para resolver las problemáticas de su familia, responsabilizándolos a los tres y no sólo a Valeria por abandonar la terapia. También, se les mencionó que si lograban mantener una comunicación diferente podría favorecer al desarrollo individual de los miembros y como familia, pero que si no lo hacían seguramente necesitaban llegar a momentos y grados más conflictivos entre ellos para permitirse guiar en un proceso terapéutico, obligándolos a ver la dimensión de las problemáticas ya vividas. Recordando que esta técnica coloca la acción o la falta de esta como parte del proceso, es decir, lo que hagan es parte del proceso, no hay forma de no tener efectos.

Lados fuertes:

Desde la primera sesión hasta la última se realizaron esas intervenciones al invitar a los asistentes a visualizar la consulta como desarrollo de la familia y en busca de mejoras en lugar de querer cambiar o “arreglar” a un miembro del sistema. Se cuestionan los aprendizajes que han adquirido al estar en esta situación que no habrían aprendido en otras experiencias, la familia visualiza que entienden que el consumo se puede dar en todos y en cualquier familia. Se identificaron los recursos personales y familiares visualizados y desarrollados en el proceso terapéutico como el interés en el bienestar de todos, aceptar la ayuda profesional, permitirse abrirse y ser honestos en el espacio terapéutico, la demostración de afecto a pesar de las molestias que existan entre ellos, y, el sentido del humor de todos. Otro factor relevante fue el aprendizaje de los padres de Valeria, que, a pesar de ser padres desde hace mucho tiempo, no se habían permitido trabajar en conjunto en la comunicación.

Resultados:

De acuerdo con los objetivos terapéuticos establecidos, estos son los resultados obtenidos durante el proceso terapéutico:

- A. Se pudo visualizar la participación de todos en la dinámica familiar y la necesidad de que todos cambiaran acciones y formas de pensar para favorecerse entre sí de forma colectiva e individual. Se considera que el impacto es bajo dado que no se tuvo la presencia al mismo tiempo de la mamá, el papá y Valeria, siendo esta una limitante en la comunicación.
- B. Se logro que ambos padres identificaran la necesidad de establecer reglas adecuadas a la edad de Valeria y lo indispensable de que se establezcan, mantengan y cumplan porque eso da claridad para todos. De igual manera se considera que se logró iniciar, pero por tiempo para el proceso no se pudo dar seguimiento.
- C. Se normalizaron los procesos de cambio de las familias y la importancia de favorecer dicho desarrollo, lo que implica la participación de todo el sistema familiar y la adecuación a cada condición tomando en cuenta que es una familia reconstituida y hay varias personas que fungen un papel de autoridad.
- D. Se logró reforzar la idea de asistir a pedir ayuda profesional para evidenciar la participación de cada miembro en el sistema. Se logró romper una pauta establecida entre Valeria y su mamá que imposibilitaba la escucha y la comunicación efectiva.

Reflexiones acerca del caso:

-En ocasiones un proceso terapéutico sólo permite ver el inicio de los cambios, pero un logro de la terapia es cuando todo el sistema se sabe participe de la aparición o mantenimiento de un síntoma, no sólo en quien apareció el síntoma, permitiendo así saberse participes en la solución o el cambio.

-Es necesario tomar en cuenta las edades de los asistentes a sesión para la movilidad del terapeuta que pueda generar alianza con todos, así como identificar

el ciclo vital individual y familiar permitiendo favorecer el desarrollo de cada etapa. Siempre considerando que las intervenciones son personalizadas a cada caso.

-Posiblemente influyó en el mantenimiento de las sesiones la presión académica y situación legal (protocolo y reporte) de Valeria. Elemento significativo para considerar.

¿Qué nos aportan ambos casos?

A continuación, se plasman algunas similitudes, diferencias y conclusiones de ambos casos.

I. Las similitudes que se visualizan en ambos casos son:

- a) Ambos pacientes identificados se encuentran en la adolescencia, que como se había reportado es la edad en donde se empieza principalmente el consumo de sustancias psicoactivas por diversas razones (Nuño y Flores, 2004, ENCODAT 2016-2017). Siendo la edad temprana de consumo un factor relevante para las posibles complicaciones (Pautassi, 2013).
- b) Presentan varias problemáticas de comportamiento a parte del consumo de sustancias psicoactivas, lo que incrementaba la resonancia del problema en las familias, que de igual manera es algo común en la problemática del consumo, (Sánchez-Morate, Miñarro-López, Montoya-Castilla, Pérez-Marín, 2017; Pérez y Ruíz, 2017; Maturana, 2011) y que también refleja la presencia de desajustes significativos poco favorables para el desarrollo de las familias y sus miembros (Canales, Díaz, Guidorizzi y Arena, 2012).
- c) Las familias de ambos casos no es la tradicional o típica, la que está conformada por padres e hijos viviendo en el mismo espacio físico, más bien, hay más miembros del sistema familiar amplio o están en la reconstitución de la familia, modificando la dinámica normativa que pueda existir.
- d) Existe comunicación poco clara y efectiva entre los miembros del sistema, siendo el síntoma del PI lo que propicia a establecer una comunicación entre sus miembros, principalmente los que funcionan como cuidadores o con mayor jerarquía.

- e) Se presentan roles poco claros sobre las responsabilidades de cada uno, los alcances y limitaciones, así como confusión en la jerarquía y autoridad con la que cuentan los subsistemas, abordajes necesarios para integrar y convertir a la familia como factor protector y de ayuda, como lo propone Zapata (2009).
- f) La residencia de los pacientes identificados cambia por las circunstancias de la problemática, se van de ese espacio cuando ya no encuentra una solución y buscan que llegar a otro espacio físico sea de ayuda, es decir, una solución es que se vayan de casa.

II. Diferencias entre los casos:

- a) Son de sexos diferentes, lo que no excluye a ninguno de necesitar ayuda profesional por la presencia de problemáticas de conducta o de consumo de sustancias psicoactivas, es decir, ambos sexos pueden presentar en la misma medida la necesidad de ayuda psicológica (Vázquez, Muñoz, Fierro, Alfaro, Rodríguez y Rodríguez, 2014; Muñoz-Rivas, Andreu, Gutiérrez, 2005).
- b) Los miembros de la familia que se encuentran presentes son de diferentes vinculaciones o cercanías, en un caso los participantes son padres y familia directa, y en el otro caso, es la familia extensa quien interviene. Aunque en ambos casos existía apoyo familiar. Y, si el adolescente percibe el apoyo puede favorecer, como reportan Molero, Pérez, Gázquez y Barragán (2017).
- c) Uno de los casos presentó una red de apoyo de pares muy significativa hasta el grado de asistir a sesión terapéutica en compañía, y en el otro caso la red de amigos aparentemente presentaba mayor conflicto.

III. Conclusiones de los casos:

- a) Existe necesidad de promover una comunicación clara, efectiva, directa y explícita entre los miembros del sistema familiar que participen directa o indirectamente, dado que eso permite que todos mantengan ciertas certezas.

Ejemplos:

1. Javier.

Existía mucha información que no todos los cuidadores de Javier sabían con claridad en relación a las condiciones en la ciudad de origen, lo que imposibilitaba que tomaran decisiones informada; lo que le decían a Javier tampoco era claro porque los adultos decían que se quedara en el Estado de México pero en su momento a él le mencionaron que sería temporal; el tío de Javier no tenía comunicación explícita sólo dejaba de estar en el mismo lugar en donde se encontraban juntos y pedía a su esposa que le diera indicaciones sin que él se dirigiera de manera directa, esto se dijo en sesión pero en una en especial dirigida a la señora E que era la adulta que se presentó en el proceso terapéutico.

2. Valeria

No existía comunicación entre los padres de Valeria y se asumía que uno u otro decían las cosas a su hija pero no corroboraban la información o se ponían de acuerdo, lo que se les hizo saber a ambos padres; Valeria no contestaba los mensajes o llamadas y era incongruente entre lo que decía y lo que hacía, de igual manera se le reflejo a Valeria; en una sesión específica se trabajó la comunicación entre Valeria y su mamá dado que no eran clara, explícitas y directas, provocando discusiones, siendo la sesión en donde se abordó más este tema y se pudo modelar una comunicación más efectiva.

- b) El ciclo vital de la familia es importante identificar en cada familia para retomar los retos y habilidades a desarrollar, pero también se debe de adecuar a las necesidades de cada caso por que como notamos la constitución de las familias puede ser tan compleja y poco estandarizada que necesita una atención especializada y personalizada.

Ejemplos:

1. Javier.

De acuerdo al ciclo vital de la familia propuesto por Erickson, retomado por Harley (1980), se encontraban los tíos en la etapa de “matrimonio” necesitan establecer acuerdo en la relación, constitución de la intimidad, mantenimiento de la individualidad, presentándose dificultades como las discusiones para llegar a acuerdos, evitación de conflictos y no desapegarse de su familia de origen.

Javier y su hermana se encontrarían en la etapa de “matrimonio intermitente”, es decir, los hijos van marcando los cambios considerando las condiciones individuales adquiriendo mayor independencia, modificando reglas y ampliando su contexto, presentando las posibles dificultades de no modificar las pautas de interacción de acuerdo a los cambios experimentados por los hijos.

La adecuación necesaria fue considerar ambas etapas diferentes para poder constituir la integración entre los dos sistemas familiares que se estaban constituyendo en uno, y según lo expresado, se buscaría mantener la permanencia de dicho sistema familiar, siendo indispensable favorecer la integración entre todos los miembros para que los demás retos pertenecientes a la conformación de la familia se pudieran experimentar sin tantas complicaciones.

2. Valeria

Considerando el ciclo vital nombrado anteriormente la familia de Valeria se encontraban en “matrimonio intermedio”, donde la pauta interaccional debe de cambiar considerando las condiciones de desarrollo de los hijos, la búsqueda de la independencia, la ampliación de sus contextos fuera de la familia y la modificación de las reglas, esperándose las dificultades al no modificar la dinámica entre los miembros, sin considerar las necesidades de los hijos, además, como matrimonio se espera que exista consolidación en la relación y en el área laboral.

Se adecuó considerando que ambos padres se encontraban en relaciones diferentes, el padre en su segundo matrimonio y la madre en el tercero pero que estaba formalizándose su término. En el caso del padre con su pareja aparentemente existía consolidación laboral y de pareja, pero en el caso de la madre de Valeria no se encontraba en esa situación con su pareja y en lo laboral, de acuerdo a lo que mencionaron; en la relación entre los padres de Valeria se buscó favorecer la consolidación en su rol de padres de una adolescente que como se menciona en la etapa iba marcando la necesidad de modificación en la pauta de interacción al ir buscando independencia, desarrollo de contextos pero aún con la necesidad de presencia de reglas.

- c) Los roles de los cuidadores deben ser claros y constantes, y si llegan a cambiar también deben nombrarse, esto propicia a establecer una estructura más favorable para los miembros y el sistema completo.

Ejemplos:

1. Javier.

Como se expresó anteriormente los cuidadores de Javier fueron su padre, los abuelos, y los tíos, pero por lo que refirieron este grupo de personas no hablaron con el joven y explicitaron lo que implicaba que una u otra persona se convirtiera en el cuidador, las condiciones de ello, los alcances y el respaldo que se daban entre sí. Siendo lo ideal que el rol lo lleve el principal familiar a cargo del joven, pero de no ser así, es de mayor ayuda y fusión a nivel subsistema que se hable de forma clara y explícita.

2. Valeria

En su momento los cuidadores de Valeria fueron sus padres, las parejas de ellos, la abuela materna y su hermana mayor (L), y existe claridad en Valeria que sus padres son los principales cuidadores, pero al o haber acuerdos entre ellos en muchas ocasiones ella podía estar

en una casa o en la otra sin que se mantuviera un acuerdo y una rutina establecida de ayuda, o en las ocasiones que se iba con la abuela materna y la señora avisaba hasta que Valeria se encontraba allá pero no había respaldo entre todos sobre quién podía y cómo interferir. Otro ejemplo, es cuando Valeria reporto las diferencias de rutina y actividades estando con papá o con mamá, reflejando mucho la poca estructura de Valeria.

- d) La presencia de problemas de conducta o consumo de sustancias psicoactivas es un síntoma de una estructura familiar que puede ser funcional para mantenerse en el tiempo pero que no significa que sea la más favorable para todos.

Ejemplos:

1. Javier.

El consumo de sustancias psicoactivas de Javier tenía una utilidad en su forma de vivir, estando relacionado aparentemente con el narcomenudeo, esto en su ciudad de origen, lo que de acuerdo a lo reportado ya tenía tiempo pero que se vieron obligados a los cambios por el aparente riesgo a través de las amenazas recibidas, esto genera la posibilidad de que si no se hubiera presentado la amenaza él podría haberse desenvuelto en el medio y la dinámica familiar establecerse y mantenerse ante esas condiciones, lo que no significa el mejor desarrollo para él y el sistema familiar en general.

2. Valeria.

Los problemas de conductas y el consumo de marihuana de Valeria generaban en el subsistema parental la necesidad de mejorar la comunicación, lo que pasaba durante los momentos en donde se complicaban las condiciones y después regresaban a la normalidad. Esta pauta se podría mantener a lo largo del tiempo, como ya había pasado en varias ocasiones de la historia familiar, pero al ser identificada y mencionada se puede cuestionar si vuelve a presentarse.

Siendo una pauta poco favorable para el sistema familiar completo, así como de manera individual. Además, podemos considerar que la presencia de los problemas de conducta y consumo de sustancias obliga a movilizar a la familia hacia la siguiente etapa del ciclo vital y que posiblemente no se estaba viviendo, aunque se es necesario.

- e) La presencia de sustancias psicoactivas en una persona obliga al profesional a tener información básica sobre el efecto de éstas en el cuerpo para poder identificar prioridades de atención, así como, generar un trabajo interdisciplinario permitiendo visualizar la complejidad que requiere cada fenómeno.

Ejemplos:

1. Javier.

En este caso se reportó en varias ocasiones, tanto Javier como su tía, que presentaba conductas impulsivas, pensamientos de lesión a terceros y aparentemente alucinaciones (una voz que le invitaba a hacer cosas en contra de otros) por lo que se consideró que una evaluación psiquiátrica podría favorecer a conocer las condiciones individuales de Javier sabiendo que el consumo de sustancias psicoactivas tiene un efecto en el sistema nervioso central y puede alterar de manera significativa. Lo que permite hacer diversos abordajes considerando las necesidades individuales y relacionales, dado que el servicio de terapia familiar sistémica iba más enfocada al síntoma dentro del sistema familiar.

2. Valeria

Se hizo una pequeña evaluación para conocer el nivel de consumo de Valeria, las consecuencias asociadas a este y las intenciones de consumo por lo que no se consideró integrar a otro profesional de la salud, identificando que con las intervenciones familiares y la modificación de dicha dinámica podría favorecer de manera relacional, familiar como individual. Posiblemente pudiera haberse contactado a la

escuela para generar un trabajo en conjunto, pero se debe considerar el modelo y el tiempo para abordar el caso, siendo corto por calendario escolar.

- f) Por mucho tiempo se consideró el consumo de sustancias psicoactivas, la dependencia o la adicción como una problemática y característica de la persona, o como una decisión vinculada con falta de interés o voluntad para cambiarla, esto se refleja en la dificultad en los sistemas familiares para vislumbrar la complementariedad de todos ante cierta presencia de un síntoma (consumo), y descolocar a la persona como el paciente identificado.

Ejemplos:

1. Javier.

A pesar de que el motivo de consulta era el comportamiento de Javier y que presentaba pensamiento y conductas a considerar por su bienestar y el de las personas con las que vivía, el ampliar y generar resonancia en las complicaciones contextuales, en las decisiones tomadas por los adultos, en la dificultad para generar adherencia al sistema familiar en construcción, la presencia del duelo complicado del tío, nombrar los roles de los miembros y las necesidades de la claridad en ellos, al emplear una metáfora sobre un equipo de fútbol y la importancia de cada posición para tener uno u otro resultado, se logró ampliar la visión de los asistentes sobre la participación de todos ante el problema y las posibles soluciones, buscando que Javier no fuera el responsable o culpable de todo lo que pasaba en la familia, más bien dividir responsabilidades entre los miembros.

2. Valeria.

A pesar de que el consumo de Valeria es una decisión personal si no se ampliaba la visualización sobre la participación del sistema familiar y en especial de los padres, seguramente Valeria pasaría de proceso terapéutico a proceso terapéutico acentuando su rol de Paciente

Identificado, siendo la persona problemática a tratar de la familia y perdiendo de vista la función del síntoma en el sistema, consecuencia de una visión reduccionista y lineal que frecuentemente se emplea en los tratamientos para el consumo de sustancias psicoactivas o en la presencia de conductas problemáticas.

Como se puede apreciar en los dos casos la epistemología circular permite entender con mayor amplitud un evento, fenómeno o en un síntoma, que en estos es el consumo de sustancias psicoactivas como parte de la dinámica familiar. Y que tiene una gran relevancia el entendimiento de esta dinámica y estructura para así poder emplear estrategias que favorezcan a más de un miembro del sistema.

Teniendo gran significado la manera en la que una familia se estructura, el acomodo de esta estructura para que la familia funcione, las explicaciones que ellos le dan a dicha organización, la claridad de su participación, la presencia de la comunicación y el desajuste o no que cada miembro puede experimentar.

Además, hasta este punto se reitera la constante retroalimentación entre cada integrante del sistema familiar como parte importante para la aparición, el mantenimiento y/o el cambio. Considerando que cualquier miembro que participe de manera directa o indirecta en un sistema tendrá y recibirá una retroalimentación, aquí también se debe incluir la participación del terapeuta, y en el caso de la formación en la Residencia de Terapia Familiar de la FES Iztacala, también contar a todo el equipo de trabajo, lo que se explica a detalle en el siguiente punto.

3.2 Análisis del sistema terapéutico total.

Dentro de la formación de la Maestría en Terapia Familiar Sistémica uno de los elementos de gran importancia y resonancia para la labor de la construcción como un terapeuta complejo y completo es el proceso de supervisión clínica, elemento que la mayoría de las formaciones considera en su esquema de aprendizaje.

Pero en la formación sistémica tiene una participación indispensable, porque retomando su epistemología circular, todo miembro que participa en un proceso

terapéutico influye, se vincula y es parte de este, de forma directa o indirecta, construyendo así nuevos sistemas. Ejemplo de ello es que el terapeuta es considerado como un elemento del proceso terapéutico, su presencia también influye y complejiza las visiones del caso, porque se convierte en un miembro más del sistema, y a la vez, se crean nuevos sistemas (Desatnik, Franklin y Rubli, 2011).

Como se mencionó previamente en el capítulo 1, los equipos de trabajo están conformados por varios miembros durante la práctica clínica, la organización y adecuación varía dependiendo de la sede en la que se encuentre cada grupo. Esta forma de organización tiene una intención, sentido y propósito de aprendizaje amplio. Los sistemas dentro de la supervisión son: a) el sistema terapéutico (S.T.) integrado por la familia (consultantes) y el terapeuta; b) el sistema de supervisión (S. de S.) conformado por los supervisados y el supervisor; c) el sistema de terapeutas (S. de T.) compuesto por el sistema de supervisión y el terapeuta; d) el sistema terapéutico total (S.T.T.) integrado por el sistema de supervisión y el sistema terapéutico, y, e) el equipo de supervisión (E. de S.) formado por el sistema de observadores y los terapeutas (Desatnik, Franklin y Rubli, 2011).

Las conformaciones que se mencionan se sustentan con la cibernética de segundo orden, que retoma la participación activa del observador (terapeuta) como elemento de sistema observado (familia en terapia), existiendo interacciones entre observador y observado, y en la transformación y creación de significados colectivos, esto quiere decir, que existe una co-construcción de la realidad entre todos los miembros involucrados y eso a su vez se retroalimenta, teniendo una visión cada vez más amplia, compleja, en co-construcción y en constante retroalimentación entre los miembros y los sistemas. Todo esto permite que un problema tenga varias visiones y a su vez, que existan distintas líneas de abordaje gracias a la retroalimentación que converge (Muñoz, 2014).

Una vez explicado el esquema, el objetivo y el sustento de dicho esquema se comparten las experiencias al ser parte de cada sistema antes mencionado, dado

que todo estudiante de la maestría pasa por distintos roles que abonan aprendizajes específicos a la formación profesionalizante.

Experiencias ²como parte de los diversos sistemas son:

- Sistema Terapéutico (S.T.) fue interesante y gratificante poder aceptar que yo tengo un papel relevante dentro de la terapia que imparto, dado que mi formación de licenciatura estaba principalmente enfocada en que debía existir objetividad en mi labor profesional al grado en que no influiría mi persona en esta relación más que con intenciones de intervenciones específicas, puedo decir que existía inconformidad de mi parte al creer por formación académica que las personas que me consultan no generan ningún impacto en mí o que yo no interfiero más que por mis estrategias de intervención, así que puedo decir que fue gratificante saberme en retroalimentación constante entre los consultantes y yo, pero a la vez, es una necesidad de generar consciencia de esto para poder aprovecharlo en la consulta en vez de negarlo.
- Sistema de Supervisión (S. de S.) fue interesante estar analizando, visualizando estrategias y sugerencias que se podrían estar haciendo en el momento con los consultantes, es enriquecedor como varios profesionales nos enfocamos a la sesión que se está dando y vamos retroalimentándonos, dando hipótesis, posibles intervenciones. Es ampliar enormemente nuestra visión de cómo se entiende un problema o evento. En este sistema creo que es de gran relevancia el respeto al trabajo del otro, dado que no significa que el terapeuta “no sepa” qué hacer, sino que es una enorme invitación a la flexibilidad de pensamiento y también considero la presencia de la humildad al opinar y escuchar otros comentarios, en general, me siento muy agradecida con las y el compañero

² En las experiencias personales la redacción se realiza en primera persona considerando que una gran parte del aprendizaje, formación y desarrollo profesional del terapeuta está vinculado con el aprendizaje, formación y desarrollo personal.

que compartí el espacio, así como con las supervisoras que mostraron apertura.

- Sistema de Terapia (S. de T.) al inicio fue un reto para mi escuchar las retroalimentaciones y lo que mis compañeros aportaban, más por estar en este cambio de visión epistemológica, pero en realidad es muy enriquecedor a la formación como profesional y también personal, porque como partimos de la retroalimentación constante entre sistemas no podemos creer que nos podemos fragmentar entre profesional VS personal. De igual forma, puedo agradecer que los estilos de enseñanza de las supervisoras me permitieron aprender, y a su vez, confiar en mi estilo de trabajo, considero que uno de los grandes aprendizajes en este sistema fue entender la convergencia entre todos y a su vez la versatilidad de propuestas.
- Sistema Terapéutico Total (S.T.T.) fue complejo al inicio desapegarme de los aprendizajes teóricos antes adquiridos, pero una vez permitido esto, este sistema en específico me permitió complejizar la visión e ir analizando los efectos que cada miembro aporta a los demás, y la participación en otros sistemas, que también se van reflejando. Es muy interesante como va surgiendo el movimiento del sistema y el significado que tiene, ejemplo de ello, es que el S.T. no es el mismo en todos los casos, aunque sea el mismo terapeuta, y eso amplía demasiado las maneras de entender el motivo de consulta de una familia y a su vez los planes de trabajo que se pueden implementar. Es este sistema me queda más entendible y evidente la retroalimentación constante entre miembros y sistemas, aquí me atrevo a decir que la epistemología lineal es muy escueta para todas las construcciones enriquecedoras que pueden vivirse. Obviamente, esto es gracias a poder experimentarlo a través de la práctica clínica.
- Equipo de Supervisión (E. de S.) fue relevante para entender el esquema de trabajo que existe, fui observadora en el primer semestre y es lo me permitió ir asimilando la importancia de todos los que estábamos presentes en la consulta y los comentarios que realizábamos ante cada sesión,

considero que este nivel es esencial para que los de primer semestre se sientan vinculados con los compañeros que ya se encuentran en el segundo año, así como validados, esto favorece la posibilidad de una buena relación entre compañeros, y a su vez, favorece el aprendizaje de todos los que estamos en formación, ya sea en primer o tercer semestre.

Como se puede leer, este capítulo permite consolidar y ejemplificar la visión que se aprende durante los dos años de la formación de la Maestría, y que más bien, es el inicio de una práctica psicoterapéutica diferente que se va consolidando con la experiencia profesional.

En general, tanto en los casos clínicos presentados, en el análisis de estos y en la comprensión del sistema de supervisión constituido por varios sistemas, puedo resaltar que la forma de hacer terapia está íntimamente relacionada con la manera en la que entendemos el mundo, es decir, la epistemología que creemos y con la que vivimos, así como la riqueza de sabernos parte del sistema observado y obtener los mayores beneficios de esta participación, sin negar que las relaciones, incluyendo las terapéuticas y las de supervisión, son bidireccionales, con constante retroalimentación, que se co-construyen e influyen.

Capítulo 4.

Consideraciones finales

Capítulo 4. Consideraciones finales

En este capítulo se presentarán los aprendizajes académicos, profesionales y personales adquiridos gracias a la formación dentro de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar en la sede de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Una constante que se repite en todo momento durante los dos años es la nueva forma de ver, entender e interpretar la información para atender a una persona, pareja, familia y/o grupo, y para que sea así deberá de vivirse día a día, lo que transforma al profesional, pero también a la persona que es el profesional, enfatizando la imposibilidad de separar a la persona del terapeuta del terapeuta en sí mismo.

Se puede compartir que, si hay mucho énfasis e insistencia por parte de las y los profesores sobre la adquisición de conocimiento, pero mucho más enfocado en la interiorización de la nueva epistemología, la teoría sistémica y el pensamiento complejo, así como las técnicas y estrategias que conforman a cada escuela o modelo que se revisa. Cuestionando, concientizando y retroalimentando de manera constante que para aprender todo lo antes mencionado se debe trabajar con la transformación personal que cada uno de los residentes experimentan en la vida personal, porque eso, tendrá un impacto indiscutible en el ejercicio como terapeutas familiares sistémicos.

Se encontrarán tres apartados en el capítulo, el primero es un breve recorrido por las competencias profesionales adquiridas, agregando en el rubro de ética otro caso que es parte de los atendidos durante la formación, lo que permite abordar y profundizar en este punto; el segundo, es una reflexión de la experiencia profesionalizante al cursar la Residencia en Terapia Familiar en la FES Iztacala; y el tercero, es la reflexión de las implicaciones en la persona ante la formación. Como se notará la mayor parte de este capítulo tiene un enfoque más personal sobre los aprendizajes adquiridos (en diversos sentidos) de los residentes, por lo cual, la redacción será más informal e íntima, intentando plasmar una experiencia, percepción y vivencia propia.

4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas: teórico conceptual, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social.

La formación profesionalizante de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar en la FES Iztacala permite tener un panorama completo de la teoría y la práctica clínica. Se inicia a poner en conjunto ambas desde el primer semestre, evidentemente, primero tiene mayor carga teórica que práctica pero conforme el avance de los semestres se va dando más enfoque a la práctica, sin perder la teoría. Por ejemplo, desde el primer semestre se comienza cuestionando y conociendo la epistemología de la visión lineal VS la visión circular-sistémica, después de ello, se puede entender con mayor precisión los diversos modelos que forman parte del enfoque sistémico, así como hacer las precisiones pertinentes. No quiere decir que el primer semestre es suficiente para entender la nueva epistemología, esto se va comprendiendo e interiorizando a lo largo de los dos años, abordando la teoría, pero complementándola y potencializándola con la práctica clínica. Y como referí anteriormente, iría incorporando al mundo personal para entender y ver el mundo con estos nuevos lentes.

Haciendo un resumen de los aprendizajes generales ganados gracias a la formación de la maestría se mencionan los siguientes: comprensión de un problema desde una visión circular y amplia, siendo todo parte de todo; la existencia de la complementariedad entre las partes y el todo, sin creer que la fragmentación o suma de las partes es el todo; la imposibilidad de que una acción tenga una sola reacción y que hasta ahí quede dicho impacto, más bien, toda acción y reacción tiene una retroalimentación, y a su vez, otra retroalimentación; los axiomas de la comunicación humana que hacen énfasis en la presencia de la comunicación en todo momento, los elementos que la conforman, la relación obligada y existentes entre los comunicantes y las diversas formas de comunicar, pero la insistencia de la imposibilidad de no poder no comunicar; la presencia del terapeuta como un elemento más en cualquier proceso terapéutico, es decir, no se puede visualizar al terapeuta ajeno al sistema consultante; y, hay diversos

sistemas conformados en un procesos terapéutico, pero si se fragmenta no significa que comprenda el todo.

Esta visión de entender la realidad permite contemplar las acciones y líneas terapéuticas más amplias, promoviendo un cambio a niveles más amplios, dado que no intenta fragmentar a una persona y/o su situación, Así como la potencialización de las posibilidades de trabajar con otros profesionales en colaboración, es decir, hacer trabajo en red posibilitando un impacto a más niveles.

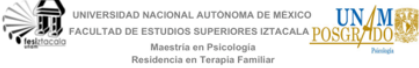
Comparto que en mi práctica profesional en el área clínica hoy en día cuento con la visión antes mencionada, así como con estrategias claras para lograr objetivos, puedo atender a una persona en consulta individual y seguir teniendo la epistemología circular, para poder entender los diversos sistemas que conforman parte de la persona y ampliar las líneas de acción e intervención. Otra herramienta clínica es poder cuestionar mi trabajo desde mi rol en el sistema y el impacto de mi presencia en el mismo. Por último, el contar con un supervisor en vivo y un equipo terapéutico permiten tener varias perspectivas e ir las integrando al plan de tratamiento poco a poco, al principio más explícito, pero llega un momento en que las voces llenas de las experiencias de los colegas forman parte de una intervención.

Con respecto a la investigación como parte de la formación, también es parte del programa de la maestría, en donde se evidencia y refuerza la necesidad de ser un complemento de toda actividad profesionalizante. En este caso, se puede tener la oportunidad de que los profesionales enfocados en el campo de la Psicología Clínica también puedan complementar y enriquecer diversas temáticas con la generación de nuevos conocimientos a través de la investigación. Es sabido que puede ser complicado en muchas ocasiones fusionar clínica e investigación, pero aquí está la propuesta.

A continuación, se integran los dos reportes de investigación que se realizaron:

- Reporte de investigación cuantitativa.

Se realizó durante el segundo semestre de la maestría como parte de una materia, la investigación fue en parejas, así que este reporte es en coautoría de una compañera de la residencia.

| | |
|--|---|
|  <p style="text-align: center;">Bienestar Psicológico en Estudiantes de una Universidad Pública en México</p> <p style="text-align: center;">Presentado por: <i>Gabriela Rodríguez y Yuriria Tapia</i></p> <p style="text-align: center;">Materia: <i>Métodos de Investigación Aplicada Dra. Nérida Padilla Gámez Dra. Diana Moreno Rodríguez</i></p> <p style="text-align: right;">Junio 3, 2016</p> <p style="text-align: center;">1</p> | <p style="text-align: center;">Resumen</p> <p>El bienestar psicológico de acuerdo a Carol Ryff (1989), es un constructo que da cuenta del bienestar psicológico centrado tanto en las potencialidades del ser humano, los objetivos y afrontamientos de retos (eudaimónico), como en la satisfacción y felicidad (hedónico). Ryff propone seis subescalas para la medición: 1) Autoconcepto, 2) Relaciones positivas, 3) Autonomía, 4) Dominio del entorno, 5) Crecimiento personal, 6) Satisfacción vital o propósito en la vida. En el presente artículo de investigación, se estudió una muestra de 339 estudiantes de una universidad pública del Estado de México. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicaron las escalas de bienestar psicológico de Ryff. El objetivo general fue obtener los niveles de bienestar psicológico. Los objetivos específicos, fueron la búsqueda de diferencias en el bienestar psicológico, entre hombres y mujeres, permitiendo tener claros los elementos necesarios para un programa de promoción del bienestar psicológico dirigido a esa población. Los resultados mostraron que los hombres a diferencia de las mujeres cuentan con mayor independencia y autoridad personal. Así también, se encontraron diferencias significativas entre los varones del turno matutino y vespertino.</p> <p>Palabras clave: Bienestar psicológico, universitarios, género.</p> <p style="text-align: center;">Introducción</p> <p>Una de las preguntas que se ha hecho el ser humano y que tal vez no ha podido resolver por completo, está vinculada con qué tan feliz y satisfecha se encuentra cada persona con su vida, y cómo éste nivel de satisfacción y bienestar, está implicado en el logro de sus metas.</p> <p>En el intento de resolver esta pregunta, existen diversas perspectivas de estudio, una de ellas es la "psicología positiva", la cual parte de la premisa de que la salud mental no es la ausencia de enfermedad, es más bien la presencia de un estado de bienestar subjetivo, de crecimiento, plenitud y felicidad (Strobel, Tumasian y Spörle, 2011). Uno de los principales precursores es Seligman, quien con su grupo de colaboradores (2000, 2005) engloba y retoma los enfoques más positivos y optimistas, dejando atrás a los enfoques tradicionalistas, que explican la salud mental centrados en la psicopatología.</p> <p>Un concepto relevante para el estudio de la felicidad y del crecimiento personal, que parte de este enfoque, es el bienestar psicológico, el cual es un concepto relativamente nuevo. Fue desarrollado alrededor de los años 60 y ha enfrentado</p> <p style="text-align: center;">2</p> |
|--|---|

| | |
|---|--|
| <p>una complicación en la unificación del término, ya que está relacionado con otros conceptos como: bienestar subjetivo, satisfacción con la vida, bienestar social, calidad de vida, estilo de vida, entre otros más (Fernández, 2013).</p> <p>Han existido diversos autores que hablan sobre los conceptos relacionados al bienestar psicológico, los más representativos son Diener (1989), quien propone el concepto de bienestar subjetivo, caracterizado por el estudio de la felicidad y satisfacción (hedónico); y Ryff (1989) quien intenta explicar el concepto de bienestar psicológico, centrado en las potencialidades del ser humano, los objetivos y afrontamientos de retos (eudaimónico).</p> <p>Para la presente investigación se partió de las premisas de Carol Ryff, quien propuso en 1989, el Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico; debido a que esta autora integra en su propuesta, tanto el bienestar psicológico relacionado a la satisfacción y felicidad (hedónico), como el bienestar psicológico dirigido a las potencialidades del ser humano (eudaimónico).</p> <p>Dicho modelo está construido por 6 dimensiones, las cuales se describirán brevemente (Ryff, 1989).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) *Autoaceptación: las personas intentan estar bien consigo mismas, incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. 2) Relaciones positivas con otras personas: la gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. 3) Autonomía: con el fin de mantener la propia individualidad en contextos sociales diversos, las personas deben poseer autodeterminación y no perder ni su independencia ni su autoridad personal. 4) Dominio del entorno: es la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables con el fin de satisfacer los deseos y necesidades propias. 5) Propósito en la vida: metas y objetivos que permiten dotar la vida de sentido (la vida tiene un propósito y significado). 6) Crecimiento personal: empeño por desarrollar potencialidades, crecer como persona y desarrollar al máximo las propias capacidades" <p>En el mismo año, 1989, éste modelo dio origen a la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, la versión original tiene 120 ítems; actualmente cuenta con 39 reactivos en su versión corta adaptada al español, realizada por Díaz, et al., (2006).</p> <p>Congruente con la literatura, durante la exploración documental del presente trabajo, se encontró que este instrumento ha sido el de mayor elección en los</p> <p style="text-align: center;">3</p> | <p>estudios realizados para la medición del bienestar psicológico, ya que integra tanto la perspectiva hedónica como eudaimónica.</p> <p>Entre las investigaciones que han empleado el modelo e instrumento antes mencionado, enfocados en el estudio del bienestar psicológico y su relación con diversas variables, encontramos el ámbito que comprende la vida universitaria, donde la población ha sido de interés. Por ejemplo, en una investigación realizada por Cooke, Bewick, Barkham, Bradley y Audin (2008) indagaron sobre el bienestar psicológico y las presiones sociales que experimentan los universitarios, encontrando que estas presiones son personales, académicas y económicas. Además que el bienestar psicológico reportado fue distinto a lo largo del año académico, siendo de importancia identificar que el bienestar psicológico es evolutivo, cambiante y se desarrolla de acuerdo a los acontecimientos cotidianos.</p> <p>Reiterando que el ámbito académico en el que se desarrolla el estudiante universitario implica enfrentar retos y metas sociales y académicas. Neely, Schaller, Mohammed, Roberts y Chen (2008) mencionan a su vez la importancia del impacto y el cambio emocional que está vinculado con dichos fracasos y éxitos.</p> <p>En relación a lo anterior y como parte de un estudio más amplio, Rania, Siri, Bagnasco, Alleo y Sasso (2014), investigaron la interacción entre el bienestar psicológico, el clima universitario percibido y el desempeño académico, en una muestra de 391 estudiantes de enfermería, a fin de identificar deficiencias organizativas y mejorar los contextos de aprendizaje. Los resultados sugieren fuertes correlaciones entre estas variables.</p> <p>Por su parte Carol Ryff (2014), en su artículo "Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia", llevó a cabo una revisión de los avances en la investigación vinculada al bienestar psicológico. Entre los hallazgos, Ryff hace referencia a que el sentimiento de no cumplir con los estándares culturales (peso y conciencia corporal), se relaciona a un bajo bienestar psicológico en estudiantes universitarios y sus madres de mediana edad.</p> <p>Por otra parte, en un esfuerzo para prevenir los trastornos físicos y psicológicos, tal como la depresión en la adolescencia, Ruini, Belaise, Brombin, Caffo y Fava (2006), adaptaron la terapia de bienestar psicológico al ámbito escolar, e hicieron una comparación entre un grupo que recibió la intervención y un grupo con atención placebo. Los resultados revelaron mejoras significativas en el desarrollo personal, junto con la disminución de múltiples indicadores de estrés. Concluyendo que esta nueva estrategia para mejorar el bienestar psicológico,</p> <p style="text-align: center;">4</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>podría desempeñar un papel importante en la prevención de los trastornos psicológicos en las escuelas.</p> <p>También los estudios de género han retomado el concepto de bienestar psicológico, a fin de proponer relaciones de equidad entre hombres y mujeres. La realización de los nombrados "estudios de género", que surgen a fines del siglo XX, ofrecen nuevos campos de investigación. Esta mirada, permite explicar todos los fenómenos con rigor científico, desde una postura crítica que propone hacer evidente la forma en que se construye social y culturalmente la identidad de hombres y mujeres.</p> <p>En otras palabras, quiere decir lo que para cada uno significa ser hombre o ser mujer en una sociedad determinada, siendo los diferentes contextos (familia, escuela, colonia, trabajo y otras instituciones) una influencia en dicha construcción (Torres, 2013). Así mismo, los objetivos de la propuesta de género son: visibilizar las diferencias histórico-culturales entre los géneros e identificar las formas en que éstas se perpetúan, a fin de proponer nuevas formas de convivencia más equitativas (Torre, 2015).</p> <p>Ejemplo de esta visión la encontramos en el estudio de García-Andaleta (2013) cuando hace comparaciones de las áreas de la escala de Ryff. Entre los resultados se encontraron diferencias en el factor Crecimiento Personal, las mujeres alcanzaron puntuaciones medias más altas en Relaciones Positivas, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal y Propósito en la Vida, mientras que los hombres alcanzaron mayores puntuaciones en Autoaceptación y Autonomía.</p> <p>Por su parte, Lindfors Berntsson y Lundberg (2008) emplearon una muestra de adultos jóvenes suecos, en donde las mujeres obtuvieron puntuaciones significativas en el factor Propósito en la Vida y en Relaciones Positivas, y los hombres en Dominio del Entorno.</p> <p>En la mayoría de las investigaciones reportadas se tiene como objetivo identificar la relación entre el bienestar psicológico y otro concepto, teniendo resultados específicos pero sin tener una aplicación práctica.</p> <p>La utilidad del presente estudio, se fundamentó en la posibilidad de obtener datos respecto a esta población específica y dar cuenta de algunas alternativas a las desigualdades; así mismo, se buscaba que los resultados ofrecieran una línea para futuras investigaciones relacionadas al diseño de un programa de promoción del bienestar psicológico con una perspectiva de género en universitarios.</p> <p style="text-align: center;">5</p> | <p>Por lo tanto, el objetivo general de este estudio fue obtener los niveles de bienestar psicológico en una muestra de hombres y mujeres estudiantes de una universidad pública en el Estado de México mediante la aplicación de la escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff. Los objetivos específicos, fueron la búsqueda de diferencias en el bienestar psicológico, entre hombres y mujeres, permitiendo tener claro los elementos necesarios para un programa de promoción del bienestar psicológico dirigido a esa población.</p> <p>Se esperaba encontrar alguna variación en las puntuaciones del bienestar psicológico, entre hombres y mujeres, específicamente que las mujeres puntuaran más alto en Relaciones Positivas, Crecimiento Personal y Propósito en la Vida, como lo reportan otras investigaciones internacionales.</p> <p style="text-align: center;">Método</p> <p>Participantes Los participantes fueron un total de 330 (34.5% hombres y 65.5% mujeres) estudiantes de una universidad pública del Estado de México, siendo el 18.3% de Biología (35.48% hombres y 64.51% mujeres), 15.3% de Psicología (46.15% hombres y 53.84% mujeres), 17.4% de Enfermería (22.03% hombres y 77.96% mujeres), 15.9% de Medicina (35.18% hombre y 64.81% mujeres), y 15.0% de Optometría (40.38% hombres y 54.61% mujeres). Los participantes se encontraban inscritos en 3 turnos: matutino (49.9%), vespertino (46.3%) y mixto (3.8%). Respecto a la edad de los participantes la media es de 20.67 (D.E. 2.4)</p> <p>Procedimiento de muestreo Se empleó un muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se asistió a las salones de clase de cada carrera, se presentaron las investigadoras y explicaron el objetivo del estudio, solicitaron a los profesores su colaboración para la aplicación de los instrumentos (consentimiento informado, hoja de datos generales y escala de bienestar psicológico de Ryff). Una vez obtenida la autorización, se informó a los alumnos y se pidió la colaboración. Los participantes debían ser alumnos inscritos en alguna carrera a estudiar, sin importar el semestre. Los grupos fueron aproximadamente de entre 20 y 35 participantes.</p> <p>Situación experimental El espacio en donde se llevó a cabo la investigación, fue dentro de las aulas de clases, se encontraban sentados en sus respectivas bancas, con iluminación y ventilación adecuadas. Los materiales utilizados fueron, lápices y plumas, goma de borrar, además de los instrumentos de medición impresos en hojas de papel.</p> <p style="text-align: center;">6</p> |
|---|---|

| | |
|---|--|
| <p>Herramientas/Materiales Fueron empleados cuestionarios impresos en papel, lápiz o pluma y gomas.</p> <p>Instrumentos y Aparatos -Consentimiento informado.</p> <p>-Hoja de datos generales, que nos permitió conocer los datos sociodemográficos como edad, sexo, carrera, semestre, turno, etc.</p> <p>-Adaptación al castellano de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Scale of Psychological Well-Being, SPWB), (Díaz, et al., 2006). Consta de 30 ítems divididos en seis subescalas (autoaceptación α 0.83, relaciones positivas con otras personas con α 0.8, autonomía con α 0.73, dominio del entorno con α 0.71, propósito en la vida con α 0.83 y crecimiento personal con α 0.88). Cuenta con seis opciones de respuestas distribuidas en una escala tipo Likert (de 1 "completamente de acuerdo," hasta 6 "completamente en desacuerdo"). Los niveles de confiabilidad reportados para las escalas de este instrumento oscilan entre 0.71 y 0.83.</p> <p>- Lap top MacBookPro</p> <p>- Programa SPSS Versión 21.0.0.0</p> <p>Variables - Bienestar psicológico.</p> <p>+ Definición conceptual: Aspectos relacionados al funcionamiento positivo de las personas, que comprenden seis dimensiones del individuo: Autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, crecimiento personal. (Ryff, 1989) Lo anterior, considerando la etapa del desarrollo en que la persona se encuentra (Ryff y Singer, 2008).</p> <p>+ Definición operacional: Es de naturaleza cuantitativa, en escala de medición de intervalo. De acuerdo a la puntuación resultante de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.</p> <p>- Género.</p> <p>+ Definición conceptual: Concepto construido socialmente a partir del conjunto de ideas, creencias y representaciones que cada cultura ha generado con base en las diferencias sexuales entre las personas (Dorantes, Torres y Robles, 2013).</p> <p style="text-align: center;">7</p> | <p>+ Definición operacional: Es de naturaleza cualitativa, en escala de medición de nominal. 1. Femenino 2. Masculino.</p> <p>- Carrera.</p> <p>+ Definición conceptual: Se refiere a la licenciatura en la cual se encuentran inscritos.</p> <p>+ Definición operacional: Es de naturaleza cualitativa, en escala de medición de nominal. 1. Psicología 2. Biología 3. Medicina 4. Odontología 5. Optometría 6. Enfermería.</p> <p>- Turno.</p> <p>+ Definición conceptual: Se refiere al turno en el cual se encuentran inscritos en la universidad para cursar su licenciatura.</p> <p>+ Definición operacional: Es de naturaleza cualitativa, en escala de medición de nominal. 1. Matutino 2. Vespertino 3. Mixto</p> <p>Diseño Se empleó un diseño descriptivo, entre sujetos o grupos independientes, con una variable independiente.</p> <p>Procedimiento Se hizo el contacto con profesores de las carreras de la Universidad, para explicarles los objetivos de la investigación, se solicitó el permiso para en su horario invitar a sus alumnos y participaron de manera voluntaria. Se les dio a los alumnos el consentimiento informado, al terminar, llenaron la hoja de datos generales y respondieron los reactivos de la escala de bienestar psicológico de Ryff. Las indicaciones para el grupo fueron como sigue: "Buenos días. Somos estudiantes de la maestría en psicología, con residencia en terapia familiar y estamos realizando una investigación, para la cual les pedimos su apoyo. El objetivo de la investigación es conocer la percepción de los universitarios respecto a su bienestar psicológico, su participación consistirá en contestar una hoja de datos generales en donde viene su edad, carrera, semestre, etc. además de un cuestionario. Su información será estrictamente utilizada para los fines del estudio y tratada en forma confidencial. No existen respuestas correctas o incorrectas, sólo les pedimos que contesten una vez cada reactivo, que lo hagan de manera individual y que sus respuestas sean lo más aproximadas a lo que ustedes opinan. Si tienen alguna duda pueden preguntarnos". Después de terminar las aplicaciones se hizo el vaciado de datos y el análisis de los mismos, para plasmar los resultados.</p> <p style="text-align: center;">8</p> |
|---|--|

Resultados

Tomando el cuenta que el objetivo principal del estudio es describir el bienestar psicológico de los estudiantes mediante la escala de Ryff, a continuación se presenta la tabla con los estadísticos descriptivos con la sumatoria total y por subescalas del instrumento aplicado a la muestra (tabla 1). En la que se puede observar que la subescala con mayor puntuación es la de autonomía con una media de 34.33 (D.E. 5.88), seguida de crecimiento personal (X 32.95 y D.E. 5.52), y la que obtienen menor puntuación es la de relaciones positivas con una media de 26.13 y una D.E. 5.87. En la puntuación total del instrumento (X 178.85, D.E. 27.31) indicó que la media se encuentra en un 75.90% de la puntuación máxima.

Estadísticos descriptivos:

| Escala | Mínimo | Máximo | Media | D. E. |
|----------------------|--------|--------|--------|-------|
| Autoaceptación | 6 | 36 | 27.16 | 5.91 |
| Relaciones Positivas | 10 | 36 | 26.13 | 5.87 |
| Autonomía | 14 | 48 | 34.33 | 6.45 |
| Dominio del Entorno | 13 | 36 | 27.24 | 5.03 |
| Crecimiento Personal | 15 | 42 | 32.95 | 5.52 |
| Propósito en la Vida | 6 | 36 | 27.98 | 6.26 |
| Total | 74 | 233 | 176.85 | 27.31 |

Se realizó una comparación entre los grupos hombres y mujeres, en busca de diferencias por género en las dimensiones de la escala de bienestar psicológico, mediante la prueba T de Student para muestras independientes. Se encontró que las medias son muy similares, variando de entre 26.15 a 35.38. Así mismo se observa una diferencia significativa (.035) entre los hombres y las mujeres en la dimensión "Autonomía" del instrumento, lo cual significa que los hombres tienen más actitudes positivas hacia sí mismos y tienen una mayor percepción de tener relaciones positivas con las otras personas. En lo que respecta a las otras dimensiones, no se obtuvieron diferencias significativas, tampoco en el total global. (Ver tabla 2).

| Escala | Hombres | | Mujeres | | t | df | Sig. (bilateral) |
|----------------------|---------|------|---------|------|------|-----|------------------|
| | X | D.E. | X | D.E. | | | |
| Autoaceptación | 27.68 | 5.79 | 26.88 | 5.97 | 1.15 | 323 | .247 |
| Relaciones Positivas | 26.15 | 5.37 | 26.12 | 6.12 | .044 | 325 | .965 |
| Autonomía | 35.38 | 6.04 | 33.79 | 6.80 | 2.11 | 323 | .035 |

9

| Dominio del Entorno | 27.35 | 4.87 | 27.18 | 5.12 | .27 | 318 | 786 |
|----------------------|--------|-------|--------|-------|------|-----|-----|
| Crecimiento Personal | 33.50 | 5.13 | 32.67 | 5.71 | 1.28 | 321 | 200 |
| Propósito en la Vida | 28.04 | 6.04 | 27.94 | 6.38 | .12 | 325 | 900 |
| Total | 180.47 | 24.05 | 175.06 | 28.67 | 1.60 | 295 | 109 |

Como se mencionó anteriormente, un eje central del análisis es la diferencia de género, por lo que se presenta a continuación una división de los datos por género y a la vez, por turno. En la tabla 3 se presenta la media y desviación estándar que obtuvieron los hombres y mujeres en cada subescala y en el total del instrumento, pero a su vez, dividido por turno. Haciendo una comparación entre género, las puntuaciones de media son relativamente similares.

Tabla 3. Media y desviación estándar de la sumatoria por subescalas y total del instrumento de Ryff, tomando en cuenta el turno y a su vez, género.

| Escala | Matutino | | | | Vespertino | | | |
|----------------------|----------|-------|-------|-------|------------|-------|--------|-------|
| | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | X | D.E. | X | D.E. | X | D.E. | X | D.E. |
| Autoaceptación | 29.08 | 4.54 | 27.04 | 5.55 | 28.62 | 6.56 | 26.38 | 6.47 |
| Relaciones Positivas | 26.89 | 5.24 | 25.99 | 5.90 | 25.41 | 5.34 | 26.11 | 6.46 |
| Autonomía | 36.25 | 4.85 | 33.94 | 6.48 | 34.56 | 6.74 | 33.43 | 6.89 |
| Dominio del Entorno | 27.6 | 4.80 | 27.38 | 5.08 | 27.63 | 4.80 | 26.81 | 5.22 |
| Crecimiento Personal | 34.64 | 4.88 | 32.81 | 5.68 | 32.43 | 5.20 | 32.40 | 5.86 |
| Propósito en la Vida | 29.28 | 5.25 | 28.20 | 6.24 | 27.42 | 6.41 | 27.38 | 6.59 |
| Total | 185.31 | 20.85 | 176.5 | 27.13 | 176.40 | 26.22 | 172.25 | 30.60 |

Siguiendo con el objetivo de conocer el bienestar psicológico por género, se ve en la tabla 4 los resultados de la prueba T para grupos independientes. Los resultados muestran que existen diferencias significativas en los hombres de acuerdo al turno en donde están inscritos, las diferencias se observan en la subescala autoaceptación (0.27) y en la de crecimiento personal (0.28). Por parte

10

de las mujeres, no existen diferencias significativas en ninguna subescala o el total.

| Escala | Hombres | | | Mujeres | | |
|----------------------|---------|-----|------|---------|-----|------|
| | t | df | sig. | t | df | sig. |
| Autoaceptación | 2.23 | 103 | .027 | .813 | 205 | .417 |
| Relaciones Positivas | 1.42 | 102 | .159 | .141 | 208 | .888 |
| Autonomía | 1.47 | 103 | .144 | .050 | 206 | .583 |
| Dominio del Entorno | .34 | 100 | .731 | .790 | 204 | .431 |
| Crecimiento Personal | 2.23 | 102 | .028 | .507 | 204 | .613 |
| Propósito en la Vida | 1.62 | 104 | .108 | .846 | 206 | .345 |
| Total | 1.82 | 91 | .072 | 1.028 | 191 | .305 |

Discusión

En el presente estudio se esperaba encontrar diferencias en las dimensiones de acuerdo al género, congruentes a lo reportado por García-Andaleta (2013), en su trabajo con estudiantes de diplomado españoles, quien reportó mayores puntuaciones en las mujeres, en las subescalas de relaciones positivas, crecimiento personal y propósito en la vida.

Otra investigación que reportó diferencias en las dimensiones de las escalas de Ryff fue la de Zubieta, Moratori y Fernández (2012), en su artículo "Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género", entre sus hallazgos mencionan que las mujeres se perciben con más habilidades para desarrollarse, no así en relaciones positivas.

Estos datos difieren con los obtenidos en el presente estudio, ya que no se encontraron diferencias significativas en estas subescalas.

En este sentido, la única dimensión en la que se identificaron diferencias significativas fue la subescala de autonomía (.031), teniendo mayores puntuaciones los hombres. Esta subescala nos dice que los varones consideran

11

poseer autodeterminación y no pierden independencia ni autoridad personal, esto si coincide con la investigación de García-Andaleta (2013).

La escala de bienestar psicológico de Ryff refiere que entre mayores sean las puntuaciones totales o de las subescalas, mayor bienestar psicológico se presenta. Los resultados muestran que las medias de las subescalas y del total están más cercanas a la puntuación máxima, alcanzando en la subescala de crecimiento personal al 78.45% de la puntuación máxima. Y en general, no están debajo de 70%. Lo que nos dice que el bienestar psicológico de los universitarios, se encuentra en los rangos aceptables de todas las áreas. Esto se puede vincular con un estudio que reporta que los jóvenes adultos puntúan mayor en ciertas escalas (Lindfors, Berntson, y Lundberg, 2006).

De acuerdo a García-Andaleta (2013), el propio origen teórico del modelo de Ryff brinda pocas ideas acerca de las diferencias entre hombres y mujeres. Este mismo autor, señala que en otros estudios se han encontrado resultados contradictorios a este respecto.

Ejemplo de lo anterior, son los estudios de Zubieta y Delfino (2010) que indagaron en la relación: satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social como indicadores de salud mental y entre sus hallazgos sugieren que las mujeres poseen mayor capacidad de establecer metas vitales, sentido de autodirección, persistencia en el cumplimiento de objetivos y la creencia de que la vida tiene un sentido (propósito en la vida). Otro estudio es el de Yañez y Cárdenas (2010) difiere en sus resultados y concluye que son los hombres quienes puntúan más alto en la dimensión de propósito en la vida. Cabe señalar que estos autores abordaron el bienestar psicológico en una muestra de 109 inmigrantes Sudamericanos, como parte de un estudio de estrategias de aculturación. Por último la investigación de Massone y Urquijo (2014) reporta que las estudiantes de la Universidad del Mar de Plata, Argentina, expresaron una mayor auto percepción de crecimiento personal que los hombres.

Conclusión

Los resultados de la presente investigación, congruentes con lo reportado por García-Andaleta (2013), reflejan la necesidad de afinar las investigaciones sobre el bienestar psicológico a fin de conseguir una mayor congruencia.

12

Sería de utilidad en futuras investigaciones considerar un mayor número en la muestra e incluir más de una sede universitaria, ello consideramos sería la principal aportación del este trabajo.

Por otra parte, consideramos que tanto por la dificultad de la naturaleza subjetiva del bienestar psicológico, como por su reciente exploración, aún existe una falta de uniformidad en los hallazgos presentados en la literatura.

Así mismo, las escalas del bienestar psicológico de Ryff, comprenden un instrumento de autoinforme, por lo que es importante considerar que, el contexto en el que se aplicó el instrumento, es de naturaleza educativa en un nivel licenciatura, lo que incrementa la posibilidad de que éste sea respondido obedeciendo a los principios de la deseabilidad social.

Otra cuestiones relacionadas a las limitaciones de esta investigación, son tanto la localidad como el número de la muestra. Es posible que debido a esta razón, las medias obtenidas en las subescalas se encontraran tan próximas.

Por último, podríamos considerar que existen diferencias entre las poblaciones estudiadas de acuerdo al país de origen, ya que a este respecto se observaron discrepancias entre los estudios consultados. Lo que podría ser explicado, desde una perspectiva de género, con las especificidades, expectativas y características socioculturales de cada localidad.

13

Referencias

- Cooke, R., Bewick, B., Barkham, M., Bradley, M., & Audin, K. (2008). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance and Counselling*, 34(4), 505-517.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dieendonck, D. (2008). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Fernández, N. (2013). *Las agrupaciones corales y su contribución al Bienestar de las personas. Percepción de las aportaciones del canto coral a través de una muestra de cantores.* (Tesis Doctoral). Universidad Carlos III de Madrid.
- García-Andaleta, J. (2013). Bienestar psicológico, edad y género en universitarios españoles. *Salud y Sociedad*, 4(1), 48-58.
- Lindfors, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences*, 40, 1213-1222.
- Massone, A. y Urquijo, S. (2014). Bienestar Psicológico en estudiantes de la Universidad Nacional de Mar de Plata Argentina, según la edad y género. *Salud y Sociedad*, 5 (3): 274-280.
- Neely, M., Schallert, D., Mohammed, S., Roberts, R. & Chen, Y. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motiv Emot*, 33: 88-97.
- Rania, N., Siri, A., Bagnasco, A., Alleo, G. & Sasso, L. (2014). Academic climate, well-being and academic performance in a university degree course. *Journal of nursing management*, 22, 751-760.
- Ruini, C., Belaise, C., Brombin, C., Caffo, E., & Fava, G. (2006). Well-being therapy in school settings: a pilot study. *Psychother Psychosom* 75, 331-336.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychother Psychosom*, 83:10-28
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. & Peterson, C. (2005). "Positive psychology progress: Empirical validation of interventions". *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.


14

- Strobel, M., Tumasian, A. & Spörle, M. (2011). Be yourself, believe in yourself, and be happy: Self-efficacy as a mediator between personality factors and subjective well-being. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(1), 43-48.
- Torres, L. (2013). Familia, identidad y Género. En Dorantes, M., Torres, L. y Robles, A. (coords.), *Perspectiva de género. Una visión multidisciplinaria* (pp. 29-60). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de estudios superiores Iztacala.
- Yañez, S. y Cárdenas, M. (2010). Estrategias de aculturación indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Revista Salud y Sociedad*, 1 (1): 51-70.
- Zubieta, E. y Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 17, 277.
- Zubieta, E., Muratori, M. y Fernández, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud y Sociedad*, 3 (1): 66-78

15

- Reporte de investigación cualitativa.

Se generó durante el tercer semestre de la maestría como parte de una materia, en ese momento estaba en la estancia académica y por ello se reporta lo realizado en la materia cursada en la Universidad Santo Tomás, Colombia.

| | |
|--|--|
|  <p>UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA</p> <p>DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD FACULTAD DE PSICOLOGÍA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE FAMILIA SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN-INTERVENCIÓN III</p> <p>DOCENTE: DORA GAITÁN</p> <p>ESTUDIANTE: FABIOLA GABRIELA RODRIGUEZ CANO CORREO ELECTRONICO: fabiolarodriguez@usantotomas.edu.co</p> <p>Construcción de sentidos de vida desde la intervención clínica sistémica compleja con una joven consumidora de sustancias psicoactivas (SPA) y su familia"</p> <p>Un tema que actualmente es de importancia a nivel local, nacional y hasta internacional es el consumo de sustancias psicoactivas, siendo principalmente preocupante desde una perspectiva de salud, aunque también está vinculado con otros aspectos como es la práctica de conductas ilícitas como el robo, el tráfico de sustancias, abusos, y también, los efectos y pérdidas a nivel personal y familiar como se ha reportado en algunas investigaciones (Anderson, Kaner, Wutzke, Wensing, Grot, Heather, et al., 2003).</p> <p>Se ha identificado que una población de interés respecto al consumo de sustancias psicoactivas son los adolescentes y adultos jóvenes, porque por lo general es la edad en donde comienzan el consumo de sustancias. Algunos adolescentes pueden consumir en algunas ocasiones, por curiosidad y solo por probarla, pero otros pueden llegar a establecer un consumo excesivo o incluso una adicción (Nuño y Flores, 2004), lo cual ha llamado más la atención a los departamentos de salud, tanto nacionales como internacionales.</p> <p>1</p> | <p>De acuerdo a informes internacionales se identifica que los adolescentes son la población más vulnerable para el consumo de sustancias psicoactivas y que comienzan con el consumo de alcohol y marihuana (Alfaro, Vázquez, Fierro, Muñoz, Rodríguez, y García, 2014; National Institute on Drug Abuse, 2008).</p> <p>Haciendo un énfasis en Colombia y en especial con Bogotá, de acuerdo a las encuestas nacionales y locales se reporta que la edad de consumo más preocupante tanto en sustancias legales (alcohol y tabaco), como ilegales (marihuana y cocaína), está en el rango de 18 a 24 años, seguido de los de 25 a 34 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013; Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá D. C., 2011). Tendiendo en la población de Colombia una mayor incidencia a esas edades, lo cual requiere mayor atención en los adultos jóvenes en busca de contrarrestar, disminuir el consumo o la posible presencia de dependencia a sustancias psicoactivas.</p> <p>Al ser un tema de interés público y gubernamental, se puede hablar de un trabajo extenso en cuanto a la prevención y atención. En general, se ha visto que los tratamientos a nivel internacional son principalmente vinculados con el aspecto médico-biológico y la planeación del tratamiento de acuerdo con el individuo, es decir, el tratamiento es indicado y exclusivo para cada persona, principalmente en terapia individual y de grupo (NIDA, 2010). Una aportación que se identifica de las políticas públicas en Bogotá en el 2011 respecto al tema es la apertura a otras perspectivas de intervención, que se vinculen con un modelo multidimensional y complejo, ya que proponen el acompañamiento médico, jurídico, psicológico, con perspectiva cognitivo-conductual y sistémico, y una visión sociocultural, ofreciendo así una visión integradora y amplia.</p> <p>Dentro de los tratamientos o intervenciones realizadas, existen aquellos que desde el enfoque sistémico se han interesado en conocer la dinámica relacional que se genera en personas consumidoras de sustancias y sus diversos sistemas de interacción, para lo cual, se han realizado diversas investigaciones que se enfocan en conocer y tratar de entender tanto lo que sucede en la persona que consume</p> <p>2</p> |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <p>sustancias psicoactivas junto con las personas que le son significativas; el papel que juega el terapeuta y todas sus concepciones, creencias e impresiones conforme a dichas personas (León, 1999); también se han preocupado por estudiar las narrativas que se construyen entre los consumidores, sus familia, y las instituciones que se encargan de la implementación del tratamiento (Sánchez, 1999); así como la identificación de narrativas del consumidor que pueden cristalizar, mantener, movilizar o transformar la problemática (Garzón y Riveros, 2009).</p> <p>Siguiendo las aportaciones de los planes de intervención propuestos en Bogotá en el 2011, para el presente trabajo se pretende emplear una visión compleja, lo que quiere decir que integrará diferentes elementos, como lo menciona Morín (1993), la complejidad retoma la integración de diversas áreas del saber y de disciplinas, para entender un fenómeno. En este caso la intervención del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas desde la Psicología Compleja implica integrar los elementos fisiológicos, bioquímicos, culturales, sociales, políticos, contextuales, ecológicos, temporales y relacionales que se interconectan y configuran una situación, que en este caso se connota problemática.</p> <p>El gran aporte al emplear esta visión es se puede tomar en cuenta las características individuales de la persona que consulta y las del terapeuta, y a la vez, todas esas características relacionales que construyen entre ellos como aquellas que dan cuenta de otros. Esta apuesta se hace porque como se había mencionado anteriormente muchos de los tratamientos de intervención para el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) han sido estudiadas y empleadas sólo tomando en cuenta el sujeto, principalmente lo que implican sus características individuales. Además, la mayoría de los enfoques en Psicología tratan de encontrar la causa y el origen, es decir, emplean una epistemología lineal, lo cual ha sido un problema para la intervención psicológica, porque no toman en cuenta todas las posibilidades y elementos que se pueden estar entrelazando para la comprensión e intervención del problema, dejando así a la persona que consume las SPA como el problema.</p> <p>3</p> | <p>De esta manera, esta postura desde el enfoque sistémico es una invitación a contar con otra perspectiva para esta problemática social y de salud, en la que, al mantener una visión amplia y compleja, permite a los profesionales de la salud conocer otras alternativas en el camino de la intervención a recorrer que pueda ser más fructífero en busca del bienestar de la persona y su familia.</p> <p>Ahora bien, el enfoque sistémico ha tenido diversas escuelas que plantean tratamientos, estrategias, hipótesis y entendimientos del consumo de SPA. Las cuales han dado diversas aportaciones y pueden ser integradas con la intención de retomar los diversos focos que han hecho a sus apuestas interventivas.</p> <p>Se presenta a continuación, algunas aportaciones de las escuelas sistémicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuela estratégica: <ul style="list-style-type: none"> Uno de los principales representantes es Haley (1978), él propone que existe una pauta intergeneracional, que es la coalición entre uno de los padres con el hijo (PI) en contra del otro progenitor, dicha pauta debe ser rota, así que la intervención del terapeuta debe hacer una reorganización congruente para la emancipación del joven. Debemos recordar que una de las apuestas de Haley es la importancia de jerarquía dentro del sistema familia y el cumplimiento de sus papeles. Las estrategias empleadas van relacionadas principalmente con intervenciones paradójicas, que tengan la intención de romper esa pauta de manera conductual, porque a su vez se modifica la relación. La invención que Haley (citado en: Ocha de Alda, 1995) menciona se divide en tres fases: <ol style="list-style-type: none"> 1) El terapeuta se hace cargo de la situación, teniendo contacto con las instituciones involucradas y buscando que el joven vuelva a la dinámica dentro de la familia. <p>4</p> |
|---|--|

2) Se espera que se establezca de manera concreta y operacional los cambios que esperan del joven, sin ahondar en las diferencias entre el matrimonio, sólo se tratará del hijo y lo que esperan logra o que él haga.

3) Que busca el desligue de los padres con el hijo para que busque nuevas relaciones e independencia del joven en la relación

• Escuela de Terapia Breve dirigida a Soluciones:

Esta escuela hace un énfasis en la importancia de la externalización del problema, maneja a importancia de tener objetivos claros y los indicadores que permiten dar cuenta del cambio. Integrando nuevas probabilidades de solución, y no quedarse con lo que la familia ha considerado hasta el momento, porque ellos hacen una única descripción y explicación de lo sucedido, en otras palabras, se le da apertura a la existencia de nuevas oportunidades dirigidas a las diversas posibilidades de soluciones.

Las principales técnicas del modelo son: las redefiniciones, connotaciones positivas, metáforas, tareas directas, ordalías, tareas paradójicas y rituales.

• Modelos sistémicos constructivista:

La propuesta va encaminada a que el sujeto y la familia tienen significados compartidos no solo secuencias conductuales. Se toma en cuenta los mitos familiares, las premisas o sistemas de creencias familiares que dan coherencias a las conductas sintomáticas.

Siendo el tratamiento dirigido a las realidades, los significados compartidos, la integración de otros miembros, no solo la familia, que conversen sobre el problema, alejándose de las posiciones de poder. Una de las estrategias empleadas es el grupo reflexivo.

Retomando la importancia de los aspectos individuales y relacionales, podemos decir, que, para un abordaje complejo, el presente trabajo tomará en cuenta todos los elementos anteriormente mencionado, pero que se hará un énfasis especial en: la dinámica relacional en la familia, el sentido de vida de los consumidores y la construcción de género relacionado con el consumo de SPA.

Por lo anterior, para el presente trabajo de investigación-intervención se plantearon dos objetivos.

El objetivo interventivo fue comprender y movilizar la dinámica relacional en sus diversas redes, en especial la familiar, que pueden estar organizados alrededor del consumo de SPA, buscando establecer una coherencia en la organización jerárquica y externalizando el problema del PI, esto a través de un proceso terapéutico en la IPS de la Universidad Santo Tomás.

Objetivo investigativo fue comprender los sentidos y significados de las construcciones de sentidos de vida, la construcción de género, los vínculos significativos, la individuación y el consumo de SPA de una joven consumidora y de su familia a través de un estudio de caso único con análisis semiótico del discurso.

Metodología

Se realizará una investigación de corte cualitativo, desde una perspectiva sistémica compleja constructivista-construccionista orientada a la investigación-intervención, la cual, retoma la reflexibilidad, lo contextual, lo temporal y la cibernética de segundo orden, convirtiendo al investigador-interventor en parte del sistema terapéutico.

La metodología específica será a través de un caso único, el cual permite vislumbrar características específicas de los vínculos y todo lo relacionado con un participante.

Se pretende realizar 7 sesiones, las cuales dependerán de los datos obtenidos, así como del proceso y evolución terapéutico.

Contexto de intervención

Se realizarán las sesiones en los consultorios de la Universidad Santo Tomás, que brinda Servicios de Atención Psicológica IPS. Es un centro de servicios psicológicos que cuenta con psicólogos y terapeutas en formación, respaldados por docentes supervisores de la misma universidad. Cuenta con 40 años de

tradición y es distinguida por la Secretaría de Salud de Bogotá, al habilitarlo como IPS en el 2003, y certificado con sello de calidad por el ICONTEC.

Se emplea la terapia sistémica y ecológica desde la perspectiva compleja, constructivista y construccionista.

Las sesiones fueron planeadas antes de comenzar el proceso terapéutico, pero existieron modificaciones en las sesiones de acuerdo a las emergencias de las sesiones, siendo al final 7 sesiones efectivas.

Participante

Fue una familia consultante compuesta por la joven de 16 años (PI), el padre (P), la madre (M) y como invitados la hermana mayor (L) y una amiga (K).

Asisten a la IPS con el motivo de consumo de SPA por parte de la joven

Categorías de análisis

Dinámicas vinculares asociadas a los significados sobre el consumo de SPA.

Sentidos de vida en relación con el género de la joven consumidora de sustancias y de su familia.

Sentidos de vida en relación con la individuación de la joven consumidora de sustancias y de su familia.

Diseño de escenarios

A continuación, se presentan diversos escenarios que son la planeación del proceso terapéutico con el consultante. Cabe destacar que podrá ser modificado, esto dependerá de los cambios o lo emergido en cada uno.

El diseño de sesiones es una elaboración y planeación de las sesiones, se decide poner un nombre que sea representativo del objetivo dentro de sesión; se establecen los participantes dentro de la sesión; se plantea un objetivo o más por sesión; siendo que dentro de ese objetivo habrá temas foco que permitirán la guía de la sesión, las cuales están relacionadas con preguntas orientadoras, es decir,

permiten preguntarse al terapeuta sobre el abordaje de los focos en sesión; se mantiene una hipótesis referente a los objetivos y lo que se cree que puede explicar la situación del consultante y su familia; se plantea paso a paso sobre cómo se llevará a cabo la sesión y los materiales, herramientas y dispositivos interventivos de los cuales se hará mano el terapeuta para dichas intervenciones. Cada sesión está planteada de la misma forma, cambiando el título, objetivos, estrategias, herramientas, las preguntas orientadoras y guía, ya que dependerán de la sesión.

| | |
|------------------------------------|--|
| Escenario No. | Sesión 1 |
| Nombre | "Conociendo a un desconocido" |
| Participantes /Actores | Consultante, pareja y terapeuta. |
| Objetivo del Escenario | Formalizar el proceso administrativo para dar apertura a la historia clínica, firma del consentimiento informado. Identificar la estructura familiar de los consultantes. Conocer las expectativas sobre el proceso terapéutico de los asistentes. Negociar metas/objetivos terapéuticos con el sistema consultante. |
| Foco | Significado del problema para cada miembro de la familia que asista al encuentro. Intentos de soluciones fallidas sobre el motivo de consulta (consumo). Actores o instituciones que pueden estar presentes o involucrados de primera instancia en la historia de consumo. |
| Preguntas orientadoras | La estructura familiar desajustada responde a las necesidades de cada miembro de la familia y a las expectativas entre la familia y el PI, en una situación de consumo de SPA por parte de un miembro de la familia. |
| Hipótesis / Ordenes de Comprensión | Probablemente los miembros de la familia que asisten a sesión son los que tienen mayor involucramiento con el PI, manteniendo una estructura familia de sobreinvolucramiento. Además, es probable que la familia haya realizado intentos de solución y sean fallidos, los cuales han cristalizado el problema, anexando la presencia de otras personas o instituciones que han estado en contacto con el tema. |
| Proceso Interventivo a | *Se hará la contextualización del espacio terapéutico; se hará la presentación del terapeuta frente a los |

| | |
|---------------------------|--|
| desarrollar | <p>consultantes, se hará el encuadre sobre la forma de trabajo, se llenará el consentimiento informado e iniciará con la grabación</p> <p>*Se hará el proceso evaluativo: se hará una primera lectura del problema, tomando como focos la estructura familiar, los intentos de solución fallidos, las expectativas del sistema consultante y el planteamiento de objetivos terapéuticos.</p> <p>*Cierre de sesión: se hará un pequeño recopilado de los elementos esenciales dentro de la sesión y se hará la propuesta de los actores para la próxima sesión.</p> <p>*Realizar el registro de instrumentos. En cuanto termine la sesión se intentará comenzar con el llenado de historia clínica y más tarde se hará el protocolo personal e interventivo.</p> |
| Estrategias a implementar | <p>Preguntas para conocer la estructura familiar: Me gustaría conocerlos a todos ¿me podrían decir sus nombres, su edad, a qué se dedican?</p> <p>Preguntas para definir el problema: ¿Cuál es el problema que los trae a sesión? ¿Para quién es un problema? ¿Por qué es un problema para _____?</p> <p>Preguntas para conocer los intentos de solución: ¿Alguno de ustedes ha hecho para solucionar el problema que los trae a consulta? ¿Qué han hecho para solucionar o cambiar la situación? ¿Alguno de esas soluciones les sirvió, aunque sea de manera temporal?</p> <p>Preguntas para conocer las expectativas del sistema consultante: ¿Qué espera obtener cada uno del proceso terapéutico? ¿Qué esperan obtener como pareja de este proceso? Como familia qué les gustaría obtener del proceso terapéutico.</p> <p>Preguntas para los objetivos del proceso terapéutico: Después de lo que me han dicho ¿Qué metas nos vamos a poner para este proceso? ¿Cómo nos daremos cuenta de que hemos llegado a esas metas?</p> |

9

| | |
|------------------------------------|---|
| Escenario No. | Sesión 2 |
| Nombre | "Nuestra familia" |
| Participantes /Actores | Consultante, familiares y terapeuta. |
| Objetivo del Escenario | Conocer a los miembros de la familia y la pauta de interacción en torno al consumo de SPA dentro de la dinámica familiar. Comprender la dinámica familiar cuando no se presenta el tema de consumo de SPA o del PI. |
| Foco | Roles en la familia Pautas de interacción y tipo de comunicación entre los miembros de la familia. Significados y sentidos de los miembros de la familia sobre la dinámica relacional |
| Preguntas orientadoras | ¿Cuál es la pauta de interacción de la familia ante la evidencia del consumo de SPA? ¿Cuál será la pauta de interacción de la familia ante otros eventos que no se relacionen con el consumo de SPA o con la PI? ¿Cómo será la participación de los padres en relación con la PI? |
| Hipótesis / Ordenes de Comprensión | La organización familiar puede ser una explicación al consumo, donde se puede presentar un padre sobreinvolucrado y otro periférico, siendo el consumo el movilizador de la dinámica relacional, apareciendo un mayor involucramiento de ambos padres. Lo que implicaría que la desaparición del consumo podría volver a la dinámica relacional previa (sobreinvolucramiento/periferia), lo que contrasta con las formas como se espera que sean los papás al cuidado de la hija. Podría comprenderse que el consumo de sustancias por parte de la joven puede ser entendido como un sentido de vida dentro de la relación familiar, elemento que puede estar siendo mantenido por los padres y a la vez por la joven, sentidos que no necesariamente se espera que se establezcan en la dinámica relacional de las familias. Las pautas de interacción en familias con consumidores de sustancias reflejan la pauta adictiva en diversas situaciones, no solamente alrededor de los eventos vinculados con el consumo, ya que es su modo de organización familiar. |
| Proceso Interventivo a desarrollar | *Se inicia la sesión retomando los elementos, reflexiones o logros de la sesión anterior. |

10

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>*Se explica a la familia que se realizará una actividad, llamada "marco familia", que consta en representar a los miembros de la familia en una cartulina a través de post its donde ellos mismos van a acomodar sus posiciones (se retoma un poco la idea del famiograma, pero construido por los consultantes)</p> <p>*Cuando la familia tenga realizada la formación de la familia, se harán preguntas dirigidas al rol que cada uno ejerce en la familia y la dinámica relacional, así como el papel que el otro cumple en la familia, además de la comunicación entre ellos.</p> <p>*Se dirigirá la conversación hacia los eventos vinculados con el consumo y de nuevo el papel que cada uno tiene en esas situaciones, se indagará para conocer otros eventos familiares no asociados con el consumo y se realizarán las mismas preguntas. Comprendiendo la postura de los consultantes, se mantendrá una postura del terapeuta de neutralidad, buscando aliarse con unos y otros para reconocer y validar cada experiencia.</p> <p>*Cierre de sesión: Se pretenderá retomar las comprensiones de la familia respecto a la dinámica familiar, retomándolos para hacer un reajuste de los objetivos. Además de hacer evidente el cambio relacional y comunicativo que la familia espera ante lo que sucede. Se pretende que el cierre de sesión no necesariamente sea con relación al consumo, sino a la dinámica familiar. Proponiendo ver en la próxima sesión a la PI, permitiendo conocer más elementos de su vida. (Los próximos escenarios son con la PI respecto a sus redes y emplear la entrevista de motivación sobre el uso de sustancias)</p> |
| Estrategias a implementar | <p>*Se empleará la construcción del "marco familiar" como dispositivo, con la intención de que la familia observe de manera gráfica a su familia, relaciones que mantiene y el rol que juega cada uno de ellos, al ser realizado en grande se pretende tener un efecto mayor.</p> <p>*Una de las apuestas dentro de la intervención es la connotación positiva, en esta sesión será dirigida a la búsqueda de recursos de la familia dentro de las secuencias interaccionales develadas para promover la movilización del sistema.</p> |

11

| | |
|--|--|
| | <p>*Dentro de la sesión se apostará a las preguntas circulares emergentes que permitan generar esas nuevas comprensiones de la dinámica relacional, será una estrategia que trascienda durante toda la sesión.</p> <p>Preguntas guía de acuerdo con cada foco</p> <p>Roles: Platíqueme un poco qué papel tiene cada uno en la familia. ¿Cuál creen que es el papel/rol de _____ en la familia? ¿Todos están de acuerdo? ¿Estoy de acuerdo en la manera como ---- cuenta que es en la familia y con lo que yo percibo?</p> <p>Pautas de interacción ¿Qué pasa cuando se presenta esta situación con Nathalia? ¿Quién es el primero en hacer algo? ¿Quién ni cuenta se daría de lo que pasa? ¿Qué hace Nathalia con la reacción que mencionan de _____? ¿Qué hace, piensa, dice o siente cada miembro cuando se presenta alguna dificultad en la familia, retomando consumo y otros eventos?</p> <p>Comunicación ¿Se hablan de ese tema entre ustedes? ¿Cómo son ustedes cuando hablan sobre X tema?</p> |
|--|--|

| | |
|------------------------|---|
| Escenario No. | Sesión 3 |
| Nombre | "Mi construcción a través de las SPA" |
| Participantes /Actores | Consultante y terapeuta. |
| Objetivo del Escenario | Comprender qué significados y sentidos tiene para la consultante el consumo de SPA, permitiendo vincularlo con la posibilidad de búsqueda de identidad-individuación y los sentidos de vida. Comprender los efectos que tiene el consumo de SPA en la relación con sus padres, hermanas, abuela, tías, amigos, colegas y otros de la PI. |
| Foco | Significados y sentidos de la SPA en los diversos aspectos de su vida. Construcción de identidad e individuación vinculada con las SPA. Sentidos de vida de la consultante. |

12

| | | | |
|------------------------------------|--|--|---|
| | Sensaciones fisiológicas que promueven y las que no, el consumo de SPA. Ventajas y desventajas que le ha traído el consumo en sus relaciones. | | dejado las SPA a la consultante, en el otro círculo se pondrán las cosas negativas (desventajas) y entre los círculos o los espacios fuera se pondrán las cosas que no ha identificado la consultante en que círculo colocar (retomando parte de la entrevista motivacional para consumo) |
| Preguntas orientadoras | ¿Las construcciones de significados de la consultante respecto al consumo de SPA favorecen que continúe con el consumo? ¿El proceso de identidad, individuación y los sentidos de vida está permeando el consumo de la joven? | | Preguntas guía de acuerdo con los focos: Significados y sentidos de la SPA. ¿Qué significa para ti consumir marihuana? ¿Para qué consumir? |
| Hipótesis / Ordenes de Comprensión | Los significados y sentidos que la joven le ha dado al consumo de SPA incrementan la posibilidad de continuar con el consumo, siendo parte de su proceso de identidad, individuación y/o de su proceso para darle sentidos a la vida, por ello, implica construcciones personales y relacionales mayores que el hecho de la adicción fisiológica o por rebeldía. ¿Abra algo que el consultante preferiría olvidar o evadir (realidad) por lo que prefiere el consumo de sustancias? | | Construcción de identidad, individuación y sentidos de vida ¿El consumir te ha permitido saber más de ti? ¿Si tú no consumieras podrías seguir siendo tú? |
| Proceso Interventivo a desarrollar | *Se inicia la sesión retomando sus impresiones, efectos o reflexiones de la actividad del "marco familiar". *Se le expone a la PI el objetivo de la sesión "as conocer todo aquellos que te ha dado el consumo, de diferentes formas". Se realizará una actividad llamada "¿qué me dejas?", donde se plasmarán las ventajas, desventajas e inciertos que le han dado la SPA a la consultante en su vida. Al tener casi terminada la actividad se irá dirigiendo la conversación a los focos, permitiendo espacio a las emergencias en la conversación. Haciendo énfasis durante la sesión a los sentidos y significados para su construcción de identidad, individuación y sentidos de vida. *Se retomarán aspectos básicos e individuales (como fisiológicos y comprensiones), pero se irá encaminando a visualizar las relaciones. *Cierre de sesión: se espera construir un mensaje de lo hablado, pero probablemente será encaminado a hacer evidente la presencia del consumo en sus relaciones y en esa búsqueda o "ayudas" que le está dando el consumo para ser ella, pudiendo también. | | Sensaciones fisiológicas- ¿Cuándo consumes SPA que sensaciones en el cuerpo experimentas? Ventajas, desventajas e inciertos- Seguramente el consumo de SPA te debe dejar algo, yo me imagino sino no lo harías, pero de eso que te deja ¿qué podría ser positivo o bueno, ¿qué podría ser malo o negativo? ¿Y habrá algo que te deje el consumo que no sepas en dónde ponerlo? |
| Estrategias a implementar | *Se empleará la actividad "¿Qué me dejas?", que constan de dibujar en una hoja de papel dos círculos, dentro de uno se pondrán las cosas positivas (ventajas) que le han | | |
| | 13 | | 14 |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|---|
| | permeando el consumo del joven? | | continúa con el consumo? |
| Hipótesis / Ordenes de Comprensión | Los significados y sentidos que el joven le ha dado al consumo de SPA incrementan la posibilidad de que lo deje, siendo parte de su proceso de identidad y/o de su proceso para darle sentido a la vida, por ello, implica construcciones personales y relacionales mayores que el hecho de la adicción fisiológica o por rebeldía. | | Probablemente la construcción que se ha ido formando el consultante respecto al ser hombre esté relacionado con el consumo de SPA y sobre su papel dentro de la familia, lo que dificulta el dejar de consumir SPA, ya que implicaría dejar una parte de su construcción como hombre. |
| Proceso Interventivo a desarrollar | *Se inicia la sesión retomando los elementos e impactos de la sesión anterior. *Se tendrá un diálogo en donde se intenten abordar los objetivos del escenario *Se realizará un dibujo o collage sobre todas las aportaciones que le han traído al consultante y a los que el considere, el que el consume SPA. *Se fomenta la reflexión y la resignificación de los usos de las SPA para él y otros. *Cierre de sesión. | | *Se inicia la sesión retomando los elementos e impactos de la sesión anterior. *Se tendrá un diálogo en donde se intenten abordar los objetivos del escenario *Cierre de sesión. |
| Estrategias a implementar | *Se empleará un collage como dispositivo con la finalidad de plasmar o externalizar los diferentes usos que el consultante pudo darle al consumo, encontrando las ventajas y desventajas de su implementación. Empleando la herramienta de entrevista motivacional. Preguntas guía: ¿De qué manera el consumo de SPA le ha ayudado al consultante y a su familia? ¿De alguna manera se relaciona el consumo de SPA con la búsqueda de identidad o permanencia? ¿Abra algo que el consultante preferiría olvidar o evadir (realidad) por lo que prefiere el consumo de sustancias? | | Preguntas guía: ¿De qué manera su como hombre se vincula con la manera de relacionarse con sus diversos contextos (cultura, país, Bogotá, barrio, familia, amigos, colegio, trabajo)? ¿El estereotipo de varón influiría en su consumo de SPA? |
| | 15 | | 16 |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>Preguntas orientadoras</p> | <p>¿La claridad de los mensajes dentro del sistema consultante han permitido que la relación entre ellos sea más cercana y pueda existir la posibilidad de comprensión entre ellos? ¿Las expectativas de la PI por parte de sus padres y ella están siendo generadores de conflicto entre los sistemas, o han sido escuchadas, comprendidas y respetadas por los miembros? ¿Las relaciones de amistad de la consultante pueden movilizar sentidos de vida en torno al autocuidado y consolidación de relaciones que propicien el bienestar? ¿Qué elementos del contexto terapéutico, qué estrategias interventivas (jerarquía, externalización y comunicación) y de la terapeuta han permitido que el sistema consultante continúe con las sesiones y con la presencia de cambios?</p> | | <p>vida. *Como parte del cierre del proceso terapéutico se preguntará a los consultantes sobre los cambios que han identificado desde la asistencia a las sesiones, los elementos que les han ayudado a realizar dichos cambios y los que creen que les falta por cumplir, se les pedirá que valoren en escala cómo llegan y cómo se van del proceso. *Se pedirá la retroalimentación a la terapeuta sobre qué les ayudó, qué no le ayudó, qué pueden recomendar que la terapeuta continúe haciendo y qué no, si se sintieron escuchados, comprendidos o no</p> |
| <p>Hipótesis / Órdenes de Comprensión</p> | <p>Los sentidos de vida de la PI están siendo escuchados y comprendidos por los padres o al no existir una comunicación concreta y directa entre ellos, que lleva a que no sean claros estos mensajes, la PI reacciona a la incomodidad al no sentirse comprendida frente a lo que los papás esperan y lo que ella espera de sí misma. Es posible que los padres presentan altas expectativas en su hija <u>en relación a su autocuidado</u>, situación que se desajusta a la manera como ella ha aprendido a cuidar de sí, y que ante dicho desconocimiento las no claridades y concertaciones en el cuidado llevan a generar <u>incomodidades y a pensar entre ellos que son poco comprendidos por el otro.</u></p> | | <p>*Por último, se les dará a los consultantes las impresiones de que han generado en mí como consultantes, promoviendo que la comunicación sea clara y directa, que se permitan identificar esos elementos positivos que la PI y los padres han demostrado a lo largo del proceso, pero focalizando en la necesidad de reglas y coherencia de ellas para mantener la nueva dinámica. Agradecer a los consultantes por la confianza y en especial a la PI porque no me convertí en una psicóloga desechable y a los padres estar dispuestos a ver los recursos de la PI, dirigiendo el efecto del proceso terapéutico en una mira propositiva para el trabajo con profesionales de la salud en conjunto. ¿Qué sentido tiene ahora para ustedes el asistir a consulta psicológica? ¿Qué utilidad ven ahora en los psicólogos?</p> |
| <p>Proceso Interventivo a desarrollar</p> | <p>*Se inicia la sesión retomando los compromisos que se plantearon en la sesión anterior sobre lo que haría la PI y la mamá para mejorar y mantener claras las reglas de la relación, como es: contestar el teléfono siempre o comunicarse en breve, la PI mantendrá aseado su cuarto haciendo su cama y levantando la ropa sucia, acordar y respetar los horarios de entrada para los permisos, la PI lavará la loza, asistirá a todas sus clases en el colegio, la señora dirá las cosas e indicaciones directas. Si el padre asiste a sesión se le pedirá que haga sus propuestas, mensaje que recibiría de la sesión anterior. *La sesión anterior se mencionó sobre el tema de las amistades y que podrían abordarlo en esta última, así que la conversación se dirigirá a conocer las expectativas que los asistentes tienen sobre las relaciones de amistad, en especial sobre qué y cómo les gustaría que la PI como mujer brindará y recibiera de dichas relaciones para su</p> | <p>Estrategias a implementar</p> | <p>*Se ayudará a que los consultantes sean claros y directos con los mensajes que dan, promoviendo que ellos logren dicha claridad, sino la terapeuta traducirá los mensajes, siendo la última alternativa de acción. *Se apostará a visualizar las ocasiones que han podido tener buena comunicación, la participación de cada uno para lograrlo y resaltar los recursos del sistema. *Se espera generar reflexión en los miembros sobre las expectativas que tienen de ellos y si estas expectativas están siendo claras, posibles o no, tratando de que visualicen la movilización de la PI y la familia para el alcance de esas expectativas. Preguntas guía de <u>apoyo</u> a cada foco: -Expectativas de las relaciones de amistad:</p> |

17

18

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Preguntas orientadoras</p> | <p>¿Qué les han aportado las amistades en su vida que les gustaría Nathalia recibiera de los que ella <u>tiene amigos y amigas</u>? ¿Cuáles logros has tenido con tus amigos que te han ayudado a construirte como mujer que te gustaría tus padres supieran? ¿Cómo son las amistades que te gustaría tener para tu vida? ¿Si tus padres estuviesen de acuerdo con tus amistades, cómo imaginas que sería el trato entre ellos y contigo? -Cambios Ustedes me dijeron la sesión pasada que ha habido cambios, pero ¿qué ha cambiado entre ustedes? ¿Su relación es igual o hay alguna diferencia? ¿Alguien además de ustedes ha notado lo que mencionan? -Cambios por seguir: De lo que han mencionado ¿qué creen que debería continuar para mantener lo que han logrado en la nueva forma de relacionarse? ¿Qué necesitan del otro (papá, mamá, hija) para que estos cambios se mantengan? -Retroalimentación a la terapeuta: De mi forma de trabajar con ustedes, les pediría que me dijeran ¿qué ayudó al proceso terapéutico? ¿Qué recomendaciones me podrían hacer para mis futuros consultantes? Tener presentes las preguntas circulares emergentes, principalmente dirigidas a la <u>dinámica relacional.</u></p> | | <p>El análisis de datos se encuentra en proceso, primero se están transcribiendo todas las sesiones para completar la matriz que se presenta en el siguiente documento. REFERENCIAS Alfaro, M., Vázquez, M., Fierro, A., Muñoz, M., Rodríguez, L. y García, P. (2014). Consumo y actitud ante el alcohol de los adolescentes de 13-18 años en la provincia de Valladolid. <i>Acta Pediátrica Esp.</i> 72 (8), pp. 111.118. Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Wensing, M., Grol, R., Heather, N., et al. (2003). Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization International collaborative survey. <i>Alcohol & Alcoholism.</i> 38(6):597-601. Garzón, D. y Riveros M. (2009). Procesos Narrativos Conversacionales en la Construcción de la Identidad del Joven y la Familia, con Problemas de Consumo de SPA en una Institución de Rehabilitación. Tesis para obtener el grado de Maestría, Universidad Santo Tomás, Colombia. León, G. (1998). Tabúes, Mitos y Creencias de los Procesos de Asesoría psicológica, presenta en las primeras sesiones desde la perspectiva de sus progenitores el consultante y el profesional. Tesis para obtener el grado de Maestría. Universidad Santo Tomás. Colombia. Morin, E. (1993) El método I: La naturaleza de la Naturaleza. Multiversidad Mundo Rea National Institute on Drug Abuse, NIDA, (2008). Scientific Reseach on Prescription Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse, The science of Drug Abuse & Addiction. National Institute on Drug Abuse, NIDA. (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. National Institute on Drug Abuse, The science of Drug Abuse & Addiction. Nuño, B. y Flores, F. (2004). La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la forma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. <i>Salud Mental.</i> 27 (4), pp. 28-34.</p> |
| <p>Procedimiento</p> <p>Se tomó el caso asignado, se explicó la forma de trabajo en la IPS y por mi parte como es tener una sesión semanal con una duración aproximada de 50 minutos, en donde se establecerá la posibilidad de invitar a más personajes a la sesión, estableciendo los motivos y metas del proceso terapéutico. En todas las sesiones se encontró presente la PI con algún acompañante, ya sea su mamá, papá, hermana o amiga.</p> <p>Análisis de datos.</p> | | | |

19

20

Gobierno Nacional de la República de Colombia (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia.
Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá D. C. (2011).
Sánchez, C. (1999). Una Experiencia en Red: Reflexiones en Torno a la Construcción de Planes y Programa Locales y Prevención sobre Pauta Alcohólica en Adolescentes. Tesis para obtener el grado de Maestría. Universidad Santo Tomás, Colombia.
Ochoa de Alda, I. (1995). Enfoques es terapia familiar sistémica. Barcelona: Herder.

21

Una reflexión personal que comparto en este rubro es que, para mi manera de entender el conocimiento y las formas de adquisición de este, el tener la posibilidad de generar trabajos de investigación durante una formación profesionalizante es una gran herramienta profesional, independientemente si la carrera profesional estará encaminada o no a realizar investigación de manera formal. Una expectativa personal pero que visualizo para todos los profesionales es la posibilidad de converger la investigación y la práctica profesional en un campo específico, en el caso de los residentes de Terapia Familiar de la Maestría en Psicología es motivante poder generar conocimiento vinculado a los temas estudiados durante el curso de la formación. Y evidentemente, el día que se tengan espacios para compartir dichas investigaciones y nuevos conocimientos, se habrá cumplido el objetivo principal que es la difusión de este.

Una sugerencia/petición al programa de la residencia de Terapia Familiar en la sede FES Iztacala, tomando en cuenta mi experiencia, es poder evidenciar la necesidad de generar conocimiento desde una epistemología diferente, siendo que posiblemente el conocimiento pueda construirse desde una visión más amplia, completa y sin fragmentación de un fenómeno de estudio. Considero que puede

parecer más complicado poder realizar una investigación con la epistemología circular, porque recordemos que el método científico ha monopolizado la manera de hacer investigaciones, esto sin caer en el afán de negar la utilidad, la necesidad y la existencia de este tipo de investigación, pero más bien, intentando abrir las posibilidades a un conocimiento diferente, una práctica para ello puede ser el modelo de investigación-intervención que algunos autores han empleado ya, ejemplo de ellos son modelos empleados en la universidad en la que se realizó la estancia académica, puede ser una gran oportunidad de actualizar e innovar dentro de este excelente programa de formación.

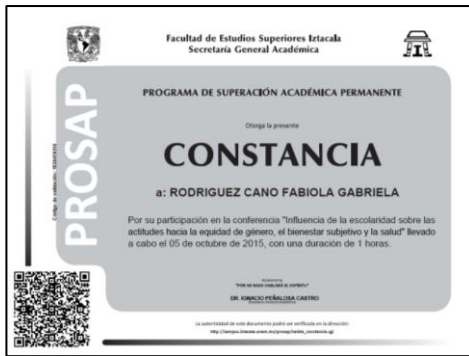
Otra manera de difusión que se promueve en la Maestría es a través de la participación en congresos, actualizaciones y elaboración de material, así que a continuación se agrega el nombre de la constancia y/o material, acompañada de la misma.

Flyer del taller impartido para la prevención de la violencia en la pareja,
 “Construyendo relaciones de pareja chidas”

Participación en el X Congreso Iberoamericano de la FIAP y III Congreso Nacional de Psicología



Asistencia a la conferencia “Influencia de la escolaridad sobre las actitudes hacia la equidad de género, el bienestar subjetivo y la salud”



Asistencia a la conferencia “El amor en tiempos de Tinder”



Asistencia al 1° Congreso Internacional INFASI ACT, Hipnosis y Terapia Familiar: Terapia breve efectiva.



Asistencia al VIII Simposio Nacional y III Simposio Internacional sobre la Psicología Compleja. Avances y retos en la construcción de paz: una lectura desde la complejidad (Durante la estancia académica).



Asistencia al Foro COOP2030: La cooperación internacional en el marco de los objetivos de desarrollo sostenible – Agenda 2030 (Durante la estancia académica).



Por último, se aborda un elemento que forma parte de todo profesional, sin importar cuál sea su profesión, y es la ética profesional. Este tema es esencial, necesario y obligatorio independientemente de la escuela o instituto de formación, de la epistemología que guíe la práctica, de las escuelas, estrategias o técnicas que se empleen o de la manera de entender un problema. En el caso de los residentes de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, en el rol como terapeuta, se tiene el compromiso de cumplir con los lineamientos establecidos en el código del psicólogo. Teniendo como consideración que existe una obligación y compromiso de atender a cualquier persona que pida el servicio de maneja profesional, dado que todo terapeuta está teniendo enfrente de sí a una persona que comparte y expresa abiertamente y con detalle temas, situaciones, creencias, pensamientos, emociones, relaciones y todo su ser con el terapeuta, confiando que será atendido con toda la dedicación, compromiso, conocimiento, respeto e interés para favorecer a las condiciones de cada una.

Para ejemplificar este rubro y enriquecerlo, se hace la descripción de un caso de los que se atendieron en el servicio de la Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala, para posteriormente agregar algunas consideraciones relevantes sobre la ética de un profesional, en especial de un terapeuta.

Caso Rogelio.

Sede: Clínica de Medicina Familiar, Tlalnepantla, ISSSTE.

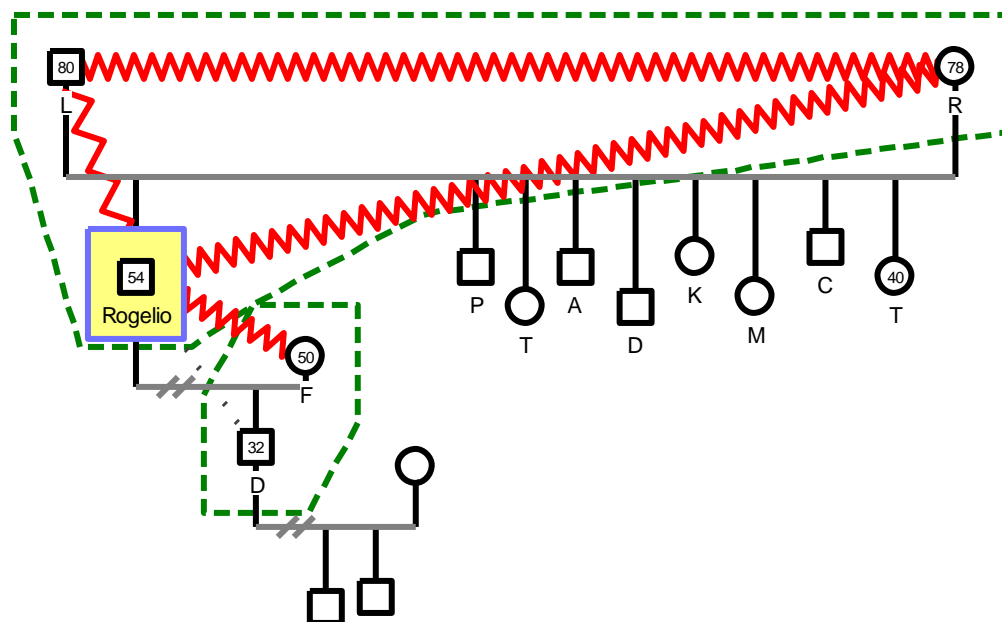
Supervisora: Dra. María Rosario Espinosa Salcido

Equipo de supervisión: Ana Luisa Carrión Maciel, Susana Lara Aguilar, Silvia Reyes Arnaiz, Fabiola Gabriela Rodríguez Cano

Terapeuta: Manuel Cabrera Barrera

Motivo de consulta: farmacodependencia y efectos en su vida, presencia de violencia y problemas familiares.

Familiograma:



NOTA: Los nombres fueron cambiados para proteger la confidencialidad de la familia. El genograma fue realizado con el programa GENOPRO.

Asiste a consulta: Rogelio (paciente identificado).

Numero de sesiones: Se tuvo 1 sesión con Rogelio.

Antecedentes y resumen del caso:

Rogelio fue referido por el médico tratante de la clínica del ISSSTE principalmente por la presencia de farmacodependencia. Él refiere consumir desde hace 38 años marihuana, la cual estaba disminuyendo su consumo para poderla dejar (6

cigarros a la semana), consumo de alcohol desde hace 42 años teniendo dos meses sin ingesta, refiere haber consumido inhalables desde hace 35 años y dejarlos hace dos meses, consumió durante 15 años cocaína y menciona tener 4 meses sin consumo. Afirma tener un consumo esporádico de clonazepam en la actualidad, también menciona consumir diversos fármacos por tratamiento médico.

Para lograr estar este tiempo sin consumo, realizó un “juramento” (un ritual religioso) para permanecer seis meses sin esas sustancias, logrando sólo dos meses hasta el día de la consulta, lo que no coincide con lo referido con el tiempo de abstinencia de la cocaína. Es importante considerar las sustancias de consumo, la temporalidad y cantidad, teniendo como tentativa la presencia de síndrome de abstinencia.

Comentó haber estado en proceso legal por venta y distribución de sustancias, por robo a casa habitación, por abuso sexual y violación y por ejercer violencia intrafamiliar. No se tienen datos específicos en tiempos, cumplimiento de procesos legales y de los estatus de dichos procesos, pero si se sabe que ha estado en varias ocasiones en estos. Resalta de manera constante que se vincula con personas que se dedican a la “maldad”, refiriéndose a traficantes de armas, drogas y prostitución. Menciona haber trabajado en la mafia desde hace más de cuarenta años.

También es relevante que ha presentado complicaciones de salud, ha tenido intervenciones médicas por salud y causadas por accidentes, actualmente tiene un padecimiento en la rodilla y los testículos, lo cual le hizo pensar en la necesidad de recibir ayuda para dejar las drogas, además, de querer recuperar a su familia (esposa, hijo, nietos y padres) porque para él todos están enfermos física, moral y emocionalmente por culpa de sus adicciones.

El estado de ánimo de Rogelio era cambiante, sentía ansiedad desencadenada por el bajo ánimo (el cual lo refiere como tener “bajones”) lo que en ocasiones provocaba que se comportara de manera violenta. También, se sentía deprimido por su vida y los daños que ha ocasionado a las personas de su alrededor,

considerando a sus nietos como sus motivantes para recuperarse y que lo vean sonriente.

De la información recabada se sabía que vivía con sus padres por que tuvo problemas con su esposa y la familia de esta. Narra que violentó físicamente a su esposa y después a sí mismo, al grado de necesitar atención médica de urgencias. Actualmente están ya separados, desde hace aproximadamente 2 años, aunque se encontraba intentando regresar a la relación de pareja con su esposa.

Se tuvo la sesión como estaba programada en donde brindo la información ya mencionada, y como en las demás sesiones, él espero en lo que el terapeuta a cargo, el equipo terapéutico y la supervisora discutían sobre las impresiones, las necesidades, las condiciones y la conformación del mensaje que se le daría para finalizar la sesión, una vez que se tuvo definido, se le compartió.

En el mensaje final de la sesión se le validaron algunas de las acciones y pensamientos encaminados a buscar su mejora, dejar el consumo de sustancias psicoactivas, querer salir del ambiente poco favorable en donde se desenvuelve y la fortaleza que implica pedir ayuda para tratar una problemática que ha estado presente gran parte de su vida. Para poder continuar con el tratamiento se le pidieron varios compromisos 1) acudir a un toxicólogo para vivir una desintoxicación física de todas las sustancias, 2) estar bajo vigilancia médica haciéndose un chequeo médico general y 3) no ejercer ningún tipo de violencia en el espacio de terapia, incluido el lenguaje. De no atender las indicaciones no se podría continuar atendiendo a Rogelio. Se le proporcionaron algunos datos de instituciones para dar seguimiento a los acuerdos pedidos.

Se comunicó con él para confirmar la siguiente sesión, pero ya no se tuvo respuesta, se hicieron llamadas de seguimiento, pero de igual manera no se pudo contactar, por ello, se dio de baja el caso.

Tomando en cuenta la información anterior, se presentan las decisiones que la supervisora a cargo del grupo en formación, el equipo terapéutico y el terapeuta a

cargo del caso tomaron en consideración, y que nos ayuda a ejemplificar la necesidad de tener presente el código ético del psicólogo en el ejercicio de la profesión.

Al identificar la necesidad de experiencia en el abordaje de consumo de sustancias y la posible necesidad de una atención terapéutica de mayor duración, la que no se podía ofrecer en la Residencia por el calendario escolar asignado a prácticas. Se evaluaron las competencias de la Residencia en Terapia Familiar, y por ende del psicólogo a cargo del caso, se considero la presencia de limitantes en competencias para la atención efectiva del caso, lo que, de acuerdo con el código ético del psicólogo de la American Psychological Association (APA) (2010) en el apartado 2.01 refiere indispensable aceptar dichas limitaciones para dar un servicio ético, coincidiendo con la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos en México (FENAPSIME) (2018) en el apartado 2, artículo 16.

Siendo la siguiente decisión el considerar canalizar a Rogelio con el servicio que mejor se adecue a sus necesidades y que aborde de mejor manera los intereses del paciente, esta decisión la respalda tanto el código del psicólogo del APA (2010) en el apartado 5.09 (trabajo en conjunto con otros profesionales), el propuesto por la Sociedad Mexicana de Psicología (2009) en el artículo 104, y en el del FENAPSIME (2018) en su artículo 2.

Como hemos abordado a lo largo del escrito, existen varias problemáticas asociadas al consumo de sustancias, y su atención desde la dinámica familiar y la estructura tiene resultados, por eso se considero la canalización como parte del proceso que se ofrecería en la residencia, vislumbrando una atención integral (artículo 28 del código ético del psicólogo del FENAPSIME, 2018), lo que permitiría a la residencia abordar unos elementos y a los otros servicios de salud los otros. Recordando que la ingesta de una sustancia psicoactiva tiene efectos en el cuerpo que debe ser atendido por otro profesional, logrando un trabajo interdisciplinario y especializado

Otro punto para analizar con este caso presentado, y que en pocas ocasiones se le da importancia, es la seguridad del profesional de la salud, que a la vez está ligado con la seguridad del consultante, del espacio físico en donde se atiende, y en el caso de la forma de trabajo de la Residencia en Terapia Familiar, del equipo terapéutico y la supervisora. Se hace referencia a esto porque el consultante era poco consistente en los datos, y, además, la información brindada alucina a que él se colocaba en situaciones de riesgo significativas, lo cual, podría impactar en el sistema antes mencionado y que un principio básico es la seguridad, en todos los sentidos, de la persona que ofrece un servicio de salud.

Este punto es de crucial importancia, porque como se ha visto en las propuestas de código ético del psicólogo se hace énfasis en los compromisos que el profesional adquiere al ejercer su profesión, pero también cuenta con derechos, como trabajar de manera libre y sin presiones de ninguna índole y abstenerse de atender a una persona si la integridad de la o el psicólogo está en riesgo (FENAPSIME, 2018). O también, finalizar la relación terapéutica si el psicólogo se siente amenazado, en riesgo directo o indirecto por las actividades del consultante, de su familia o de su entorno (APA, 2009) y/o salvaguardar su integridad física (FENAPSIME, 2018).

Se hace hincapié en la presentación de este caso porque el consumo de sustancias psicoactivas conlleva en muchas ocasiones a situaciones de riesgo experimentados por los consultantes, por sus familias, y por ello, posiblemente puede colocar en riesgo al profesional la salud. Y se menciona para tener presente y que sea un elemento básico para considerar si se llegará a atender dicha problemática en el servicio de la Residencia o no, recordando que el profesional de la salud, en este caso el o la psicóloga están en su derecho de cuidarse, y considerar que pueden y deben generar consciencia de los alcances y limitantes, pudiendo generar un trabajo interdisciplinario que ayude a generar un mayor impacto.

Para concluir, el brindar un servicio de calidad, eficiente y de ayuda también tiene que estar permeado por una práctica ética en su trabajo, por ejemplo, en los

principios básicos del comportamiento de los psicólogos se mencionan el respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, el cuidado responsable, la presencia de integridad en las relaciones, la responsabilidad que se tiene hacia la sociedad y la humanidad (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009), el principio de integridad, de justicia, de beneficencia y no maleficencia (APA, 2009), entre otros más.

Además, se ha repetido en varias ocasiones, que una de las bondades del enfoque sistémico es que permite vislumbrar los múltiples alcances a los que se puede llegar, considerando que todos los sistemas se interconectan con otros y que hay una retroalimentación constante, entonces, esto significa que la práctica puede llegar a tener impactos muy amplios, y que ello, genera más consciencia de la necesidad de tener presente la práctica ética profesional.

Como reflexión totalmente personal, retomando la antes dicho sobre la expansión de los alcances de atención, y de la posibilidad de impactar más allá de los sistemas visibles, considero tener en cuenta que nuestra profesión es una gestora de cambio social, por lo que nuestra práctica debe ser ejecutada con PROFESIONALISMO en toda la extensión de la palabra. En mi caso, este compromiso lo adquirí desde el momento de estar en atención a otros y reafirme al concientizar mi papel dentro de un sistema terapéutico (a varios niveles), y, por ende, mi rol como profesional en las construcciones sociales de las que formo parte.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia

Mi experiencia dentro de la Maestría permitió confirmar el compromiso de mis acciones frente a otras personas, así como la importancia de la supervisión de mi trabajo, tanto en la teoría, las técnicas, los planes de trabajo como en la persona del terapeuta en forma global.

La experiencia que se tiene en la Maestría es única e irreplicable, porque se trabaja en la formación académica casi de manera personalizada, esto, gracias a que somos pocos en el aula y eso permite mayor profundidad en los temas; las

profesoras y los profesores se preocupan por el bienestar de las y los estudiantes y son cuidadosas ante lo que pueda estar convirtiéndose en un malestar; se fomenta un ambiente más cercano e íntimo entre los residentes y con las profesoras, mucho más cercanía que las relaciones comúnmente establecidas en otras escuelas o institutos; también el contar con la posibilidad de realizar una estancia en alguna otra universidad o instituto, del país o fuera de este, permite ampliar horizontes profesionales y personales, y más cuando a muchos de nosotros se nos complicaría lograrlo por diversos factores.

Un punto relevante desde mi vivencia es que la formación de tiempo completo permite que los que estamos estudiando nos comprometamos en su totalidad a la formación, no quiero decir que dejemos de “vivir” y desarrollarnos en otras áreas o contextos de nuestra vida, porque sería contradictorio con lo que se aprende en la formación, que es, visualizaros como parte de un todo sin fragmentarnos, pero que sí nos enfoca y permea la adquisición de nuevas habilidades, herramientas, estrategias y visiones.

Por otra parte, al ser una residencia que tiene mucha demanda, bastantes ingresos y nuevos estudiantes, existen múltiples posibilidades de movilizar nuevas creencias, así como de sembrar consciencia en cada residente, que formamos parte del grupo en diferentes momentos, sobre la importancia de nuestra labor con la persona, pareja, familia y/o grupo, pero más a un nivel social. Y si, además, se logra generar una relación de cercanía entre todas las personas involucradas eso es un gran punto para repetir y reconocer, porque no es una tarea sencilla ni simple para los docentes de la residencia, pero que se enfocan en ello como prioridad.

Desde mi experiencia, una petición que realizo a la Residencia de Terapia Familiar sede FES Iztacala es poder escuchar las vivencias de los exalumnos frente a los retos actuales a los que se enfrentan al terminar la formación, la labor que realizan y las experiencias que puedan compartir podría darnos mayor riqueza, teniendo la posibilidad de hacer más grande la comunidad de terapeutas familiares sistémicos, recordando que la colaboración en red siempre es una excelente opción. En concreto, yo propondría que en algunas ocasiones se tenga como

invitados a exalumnos de la maestría para compartir sus experiencias en el campo laboral una vez saliendo de la maestría, eso ayuda a los que escuchan como al que se presenta; poder compartir conocimiento en las ramas de trabajo a las que se estén enfocando; organizando encuentros generacionales creando así una red profesional con las cual se pueda construir y fomentar novedades en varios ámbitos.

4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional

La posibilidad de tener una supervisora o supervisor presente al trabajar terapéuticamente, que nos guíe en la nueva forma de practicar clínica, saberse acompañado por una persona con años de experiencia y formación, y un grupo de compañeros, que de igual manera aportaban con su visión y su experiencia, son elementos que enriquecen y forman parte clave de la transformación en la manera de pensar, porque llega un momento que las voces de los compañeros y de las supervisoras y supervisores están introyectadas en las nuevas intervenciones. En mi vivencia ha llegado el momento en el que me cuestiono y permito abrir a posibilidades intentando integrar las visiones distintas de los diferentes participantes del sistema y no solamente la mía. Haciendo también de gran relevancia y presencia la voz de la gente que nos consultan, porque la terapia sistémica me reafirma que esas personas que consultan son las más importantes de cualquier sistema terapéutico. En realidad, para mi formación y construcción como terapeuta clínica escuchar, entender y respetar las maneras de entender el mundo de las personas que nos consultan es una de las lecciones más grandes que mantengo y tengo presente, porque hay que tener claro que nos consultan por una o varias razones pero siempre tendrán un gran valor, fuerza y pericia en su vida, sin importar las complicaciones que estén pasando en ese momento, y esto lo agradezco enormemente a la formación y experiencia adquirida en la maestría, en específico gracias a los y las profesoras que compartieron su conocimiento en ese momento, también un agradecimiento a mis compañeros de generación.

Todo lo que menciono antes evidentemente tiene un impacto en mi vida cotidiana, hoy en día puedo decir que tengo una apertura ante los comentarios de otros,

llámese colegas o consultantes, con mayor frecuencia valido y agradezco la experiencia de los colegas en mi ejercicio profesional, pero sobre todo a la gente que está en mi vida personal. Me recuerdo que soy una persona antes que una terapeuta, que soy igual como cualquier persona que pide el servicio de atención; al igual que ellos estoy en un proceso de autoconocimiento; que me puedo relacionar con otros de una maneras adecuadas y también inadecuadas; que soy parte de diversos sistemas; que tengo, experimento y puedo manejar emociones ante las cosas que suceden es la vida; y que hay una retroalimentación infinita en mis relaciones; porque todo lo que tengo en mi ser como persona es lo que puedo poner en contacto y al servicio de los otros tanto fuera como dentro de una consulta terapéutica.

Si hago énfasis en mi persona antes que en mi profesión, es porque algo que reafirme es que no hay manera de que una se desligue de la otra, y más bien, que esa es una bondad para trabajar con otros seres humanos, siempre y cuando la tengamos presente, la abordemos, la aceptemos, la trabajemos y también modifiquemos lo que sea necesario. Recordando que un terapeuta es un ser humano atendiendo y colaborando con otro ser humano que posiblemente necesita el acompañamiento profesional. Y por esto, mi compromiso es trabajar en mi persona, asistir a supervisiones de casos, asistir a procesos terapéuticos (individuales, de pareja, familiares o grupales) dependiendo de mis necesidades, porque si abogo y espero que la persona que asiste a consulta terapéutica se comprometa a realizar cambios y abordar los temas de su vida de manera abierta, honesta y clara, yo también lo debo, puedo y quiero hacer. Estoy totalmente convencida que, en la vida, pero en este caso como terapeutas ¡No podemos pedir lo que no estamos dispuestos a dar!

Referencias bibliográficas

Referencias bibliográficas

- Alfaro, M., Vázquez, M., Fierro, A., Muñoz, M., Rodríguez, L. y García, P. (2014). Consumo y actitud ante el alcohol de los adolescentes de 13 -18 años en la providencia de Valladolid. *Acta Pediátrica Esp.* 72 (6), 111-118.
- Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Wensing, M., Grol, R., Heather, N., et al. (2003). Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization International collaborative survey. *Alcohol & Alcoholism.* 38(6):597-601.
- Barragán, L., Flores, M., Pérez, N. y Escobedo, L. (2014). *Taller para padres y otros significativos de usuarios con problemas de consumo de drogas.* Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Secretaria de Salud: México.
- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, A. y Ramírez, C. (2014). *Manual del programa de Prevención de Recaídas.* Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Secretaria de Salud: México.
- Bertalanffy Von, L. (1968). *Teoría general de los sistemas.* México: Fondo de cultura Económica.
- Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2004). *Historias de la terapia familiar. Los personajes y las ideas.* Barcelona: Paidós Ibérica.
- Canales, G., Díaz, T., Guidorizzi, A. y Arena, C. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiares en adolescentes. *Rev Cuid,* 3 (1), 260-269.
- Cancrini, L. (1982). *Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo.* España: Herder.
- Ciudad de México, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. <http://www.iapa.cdmx.gob.mx/>
- Desatnik, O. El Modelo Estructural de Salvador Minuchin, en Eguiluz, L. (comp.), (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día.* México: Pax. 49-78.

- Desatnik, O. Franklin, A. y Rubli, D. Supervisión y sistemas terapéuticos, en Montalvo, J. y Espinosa, M. (comp.), (2011). *Supervisión y Terapia Sistémica: Modelos, propuestas y guías prácticas*. México: Ediciones Cree-Ser.
- Estrada, P., López, R. y Posada, F. (1997). Cibernética de segundo orden y abordaje a la familia en la Universidad Pontificia Bolivariana. *Revista de la Facultad de Trabajo Social Universidad Pontificia Bolivariana*, 14, 30-47.
- Gray, W., Duhl, F. & Rizzo, N. (1969). *General Systems Theory and Psychiatry*. Boston: Little Boston.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (2014). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*. Secretaría de Salud: México.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Secretaría de Salud. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones, Drogas ilícitas*. Instituto Nacional de Salud Pública: México.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Secretaría de Salud. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones, Alcohol*. Instituto Nacional de Salud Pública: México.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Secretaría de Salud. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones, Tabaco*. Instituto Nacional de Salud Pública: México.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Secretaría de Salud. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones*. Instituto Nacional de Salud Pública: México.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Secretaría de Salud. (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones*. Instituto Nacional de Salud Pública: México.

- Legaspi, E. y Martínez del Campo, E. (2019). *Consideraciones técnicas sobre la cannabis*. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Secretaría de Salud: México.
- Marcos, R. (2013). Consumo de alcohol durante la adolescencia y el desarrollo temprano, causas y consecuencias. *Ciencias e investigación*, 63 (4), 25-38.
- Marcos, J. y Garrido, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*, 27 (2-3), 339-362.
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22 (1), 98-109.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Nichols, M. y Lee, W. *La evaluación de familias y pareja. Del síntoma al sistema*. México: Paidós.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B. & Schumer, F. (1968). *Families of the Slums: and Exploration of Their Structure and Treatment*. New York: Basic Books.
- Molero, Pérez, Gázquez y Barragán (2017). Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Atención y familia*, 24 (2), 56-61.
- Muñoz, M. (2014). *Familias pluricompuestas y terapia familiar*. Reporte de Experiencia Profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Muñoz-Rivas, M., Andreu, J. y Gutiérrez, P. (2005). Género y continuidad en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en jóvenes. *Salud y drogas*, 5 (2), 67-79.
- National Institute on Drug Abuse, NIDA, (2010). *Principios d*

- e tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. National Institute on Drug Abuse, The science of Drug Abuse & Addiction.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México: IEPSA.
- Nuño, B. y Flores, F. (2004). La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la forma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud Mental*, 27 (4), pp. 26-34.
- Oropesa, R., Fukushima, E., García, L. y Escobedo, J. (2014). *Manual de Aplicación del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC)*. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Secretaría de Salud: México.
- Pautassi, R. (2013). Consumo de alcohol durante la adolescencia y el desarrollo temprano, causas y consecuencias. *Ciencia e investigación*, 63 (4), 25-38.
- Pérez, E. y Ruíz, S. (2017). El consumo de sustancias como factor de riesgo para la conducta delictiva: Una revisión sistemática. *Acción Psicológica*, 14 (2), 33-50.
- Ramírez, M. (2001). Terapia Familiar y Adicciones. Un enfoque práctico con resultados prácticos. *Revista Internacional de Psicología*, 2 (1), 1-10.
- Rodríguez, M. (2003). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Portularia*, 3, 89-115.
- Sánchez-Morate, M., Miñaro-López, J. Montoya-Castilla, I. y Pérez-Marín, M. (2017). Trastorno mental y tipo de sustancia consumida: estudio piloto sobre la utilización de la Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD). *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 3(2), 12-20.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). <http://www.conadic.salud.gob.mx/>
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar: Un mapa mínimo. *Revista Sistemas Familiares*, 2 (3), 65-69.
- Stanton, M., Todd, T y cols. (2006). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. España: Gedisa.

- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2017). World Drugs Report. United Nations, New York.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2013). World Drugs Report. United Nations, New York.
- Vázquez, M., Muñoz, M., Fierro, A., Alfaro, M., Rodríguez, M. y Rodríguez, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo asociadas. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 16 (62), 125-134.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Hender.
- Zapata, M. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2 (2), 86-94.