

Del padre de hierro, al padre real: abordaje del caso de una joven en crisis, a partir de un enfoque integrativo

Figueroa Saldaña, Angélica

2019-07

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4312>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



**Del padre de Hierro, al padre Real: Abordaje del caso de una
joven en crisis, a partir de un enfoque integrativo**

DIRECTOR DEL TRABAJO
DRA. MARÍA DE LOURDES CARRILLO ÁRCEGA

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

ANGÉLICA FIGUEROA SALDAÑA

Puebla, Pue.

2019

INDICE GENERAL

Índice de tablas y figuras	4
Resumen.....	5
Introducción	6
Supervisión de Casos.....	6
Elementos evaluados en la supervisión	7
Características del terapeuta.....	7
Características Personales	7
Enfoque psicoterapéutico elegido.....	9
Síntomas abordados.....	12
Objetivos.....	14
Definición de Variables.....	15
Importancia del estudio	16
Limitaciones del estudio.....	18
Tipo de estudio	18
Formulación del caso clínico	19
Datos generales del paciente.....	19
Motivo de Consulta	20
Sesiones	21
Temas tratados durante las sesiones	21
Supervisoras	23
Sesión modelo	23
Descripción	23
Antecedentes.....	24
Estructura familiar	25
Síntomas abordados.....	28
Enfoque psicoterapéutico aplicado	28

Transcripción de fragmento significativo de la sesión:	31
Factores asociados al terapeuta	33
Método	35
Sujeto	35
Instrumentos	35
Técnicas: Entrevista, observación	35
Procedimiento	36
Tratamiento	36
RESULTADOS	36
Resultados Cualitativos	36
Resultados Cuantitativos	37
Discusión	40
Conclusión	42
Referencias	43

Índice de tablas y figuras

Tabla 1 Temas abordados.....	22
Figura 1 Resultados de la Escala Global.....	37
Figura 2 Resultados obtenidos en el instrumento BDI.....	38
Figura 3 Resultados obtenidos en el instrumento BAI.....	39
Figura 4 Resultados obtenidos en la Escala Enojo Rasgo.....	40

Resumen

El siguiente documento tiene como objetivo poder integrar la sistematización de un caso clínico abordado durante la supervisión desde los enfoques Gestalt y Sistémico en el Servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (*OPTA*) de la Universidad Iberoamericana Puebla, durante los semestres de otoño 2018 y primavera 2019. La paciente seleccionada (Vivian), es una mujer joven de 26 años que llega a buscar el servicio de psicoterapia, refiriendo estar atravesando una crisis individual y familiar, estrés y ansiedad constantes y una situación de enfermedad y consumo de alcohol por parte de su padre, presenta sentimientos encontrados de tristeza, preocupación y una fuerte activación emocional acompañada de ansiedad. Los resultados de la intervención se midieron a partir de forma cuantitativa y cualitativa, analizando y detectando los logros terapéuticos alcanzados y procesando los datos correspondientes a la aplicación del inventario de Depresión y Ansiedad de Beck, y la escala Enojo-Rasgo de Alcázar Olan y la Escala global.

Abstract

The following paper aims to integrate the systematization of a clinical case addressed during the supervision from Gestalt and Systemic approaches in the Counseling, Psychotherapy and Significant Learning Service (OPTA) of the Universidad Iberoamericana Puebla, during the semesters of fall 2018 and spring 2019. The selected patient is a young woman of 26 years who comes to seek the psychotherapy service, referring to being going through an individual and family crisis, constant stress and anxiety and a situation of illness and alcoholism of her father, she also presents mixed feelings of sadness, worry and a strong emotional activation accompanied by anxiety. The results of the intervention were measured based on quantitative and qualitative results, analyzing and detecting the achieved therapeutic achievements and processing the data corresponding to the Beck Depression and Anxiety Inventory application, and the Alcazar-Olan Anger-Trait scale.

Introducción

Durante los semestres de otoño 2018 y primavera 2019, se llevaron a cabo en el Servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla, las supervisiones de casos clínicos desde el enfoque Gestalt y Sistémico. Por lo tanto, el siguiente documento tiene como objetivo poder integrar la sistematización de un caso clínico con el fin de poder mostrar los resultados cuantitativos y cualitativos del proceso terapéutico desde un enfoque integrativo a partir de las intervenciones realizadas durante las sesiones que se tuvieron con la paciente seleccionada. Es una mujer joven de 26 años, estatura mediana, ligeramente por arriba del peso en proporción a su estatura, adecuado aliño e higiene personal, sin embargo su rostro denota tristeza y preocupación, hay una fuerte activación emocional desde la ansiedad y se detona en llanto, hay dificultad para poder hilar de manera clara y concreta su discurso y motivo de consulta. Su rostro transmite cansancio y hay inquietud motora en las piernas. Durante la primera entrevista se mostró atenta, abierta y cooperativa. Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: Entrevista clínica, Inventario de depresión y ansiedad de Beck, Escala Enojo-Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso & Spielberger, 1999) y Escala Global (Alcázar, 2010). Estos evaluaron algunos factores que indican pautas de mejoramiento en la paciente a partir de los resultados de la intervención.

Supervisión de Casos

La supervisión se realizó los días jueves de cada semana durante el periodo de agosto a diciembre 2018 (Supervisión de Enfoque Gestalt), y de enero a mayo del 2019 (Supervisión enfoque Sistémico). La paciente asistió los días sábados por la mañana y por cada sesión, se generaba un reporte, aunado a un protocolo clínico con los datos necesarios para poder tener un contexto acerca de la historia clínica de la paciente.

Henderson (2009) define la supervisión como un espacio que se ofrece entre profesionales para revisar y dar cuenta del trabajo terapéutico. Un proceso riguroso, educativo y cooperativo (Galán Jiménez, 2018), es un espacio que permite reflexionar, aceptar de manera abierta una retroalimentación y orientación dando así, oportunidad al supervisor de percatarse y acompañar al supervisado a desarrollar mayor competencia ética, creatividad y confianza

para brindar mejor atención a sus pacientes (Galán Jiménez, 2018). La modalidad de la supervisión conllevó tres formatos distintos: video, supervisión en vivo, y reporte diagnóstico.

Elementos evaluados en la supervisión:

Desde la supervisión bajo enfoque Gestalt, es importante tomar en cuenta habilidades personales del terapeuta, ética profesional, empatía, autenticidad, escucha activa (Rogers, 1960), conocimiento claro de la fundamentación teórica del modelo, aplicación acertada de las técnicas propuestas por el modelo y una actitud de respeto y responsabilidad hacia el grupo de supervisión. En cuanto al enfoque sistémico, se evalúa el liderazgo por parte de terapeuta durante la sesión, la escucha activa, la capacidad de formular hipótesis, el diagnóstico e intervenciones abordadas para generar estrategias de solución a favor de su bienestar y mejora en la calidad de vida.

Características del terapeuta

Personales

Edad: 27 años

Estado Civil: Soltera

Género: Femenino

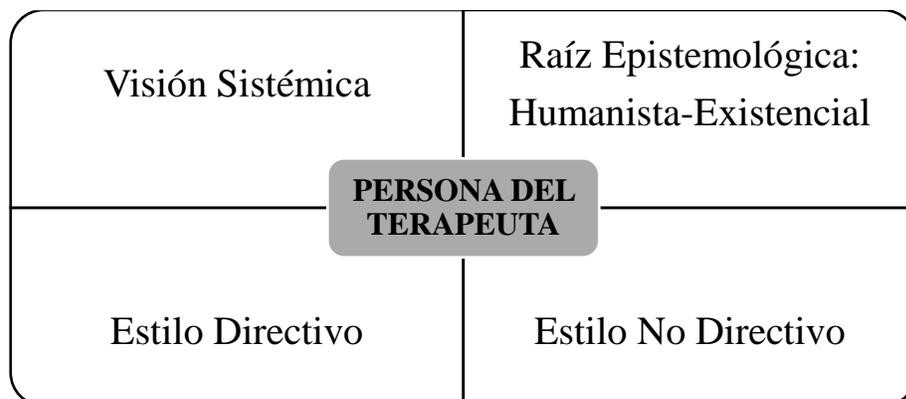
Ocupación: Psicóloga y Especialista en Aprendizaje Socioemocional y Capacitación en ámbito educativo

Escolaridad: Licenciatura en Psicología y estudiante de Maestría en Psicoterapia

El estilo de intervención se ajusta a formas de interacción que pueden variar entre lo directivo, que podría definirse, desde la integración teórica realizada por Urzúa (2010), como: "conductas de enseñar y de confrontar" (Patterson & Forgatch, 1985 en Bischoff y Tracey, 1995) o el "grado en que se dan instrucciones, se proporciona información, se ofrece ayuda específica, se estructuran y delimitan tareas" (Bados y García, 2001). Para Bischoff y Tracey (1995) es "(a) cualquier intento de liderar, dirigir o controlar la actividad verbal en la terapia y (b) cualquier declaración de desafío o confrontación al cliente." En tanto que lo no directivo, a partir de intervenciones que parten más de la escucha activa, el manejo de los

silencios, la confrontación empática, la resignificación (White y Epton, 1980) o externalización del síntoma.

Por otro lado, la raíz epistemológica que mueve la persona que realiza la intervención, parte de una inclinación y formación en la corriente de pensamiento Humanista Existencial. Aquí es importante mencionar el significado que estas corrientes, desde la visión de Sartre (citado en Gordillo Álvarez-Valdés, 2009), se define la libertad como una condición inherente al ser humano, concepción que retoma Yalom (1974), como una de las realidades más esenciales que tocan al ser humano y que le permiten estarse creando y existiendo a lo largo de su desarrollo como personas. Así es como la persona se va convirtiendo en un ser autónomo, se otorga sus propias leyes, valores, lenguaje y es capaz de ir determinando y construyendo su existencia (Gordillo, 2009), a partir de sus límites y la interacción con el mundo (relación yo-tú) (Buber, 1923). Desde estos preceptos, la persona y una visión integral y dinámica de la misma, desde una perspectiva de desarrollo evolutivo hacia la trascendencia, es un punto sumamente importante de partida. Sin embargo, la persona en su relación con el mundo, se percibe también como un ser interaccional, en constante vaivén entre su persona e identidad y el mundo, los otros, sus sistemas de referencia, sus significados y constructos acerca de la realidad que percibe, y entonces se complementa con una visión sistémica del proceso de psicoterapia. Podríamos entonces contemplar que la psicoterapeuta considera tres puntos de partida importantes dentro de sus intervenciones, en cuanto a su estilo, raíz epistemológica y visión:



A partir de habilidades en escucha empática y autenticidad, logra favorecer al enriquecimiento de la alianza terapéutica. Desde la definición que aporta Luborsky (1976), alianza entre psicoterapeuta y cliente cuenta con dos fases importantes; la primera conlleva el significado que el cliente le va dando a la presencia del psicoterapeuta, como un profesional que puede escucharlo de manera activa, le ayuda y ofrece apoyo, desde una interacción cálida y armónica. La segunda fase conlleva al hecho de que el cliente pueda colaborar conjuntamente con el terapeuta en las tareas propias del proceso psicoterapéutico (Andrade, 2005).

La psicoterapeuta ha observado en su proceso psicoterapéutico el tema con la interacción en el sistema familiar y las triangulaciones y coaliciones que pueden llegar a darse dentro de la interacción familiar, además de la utilización de técnicas como la aceptación y consideración incondicionalmente positiva, escucha empática, empatía, (Rogers, 1981) responsabilidad, ética profesional y conocimientos en el área de la salud mental, psicología y modelos humanista y sistémico.

Enfoque psicoterapéutico elegido

Enfoque terapéutico: Integrativo (Modelo Humanista-Sistémico)

El enfoque integrativo

La diversidad respecto al tipo de intervenciones que pueden darse en un proceso terapéutico es tal, que existen en la actualidad más de cuatrocientos enfoques en psicoterapia, los cuales forman parte de los cuatro modelos básicos que son: el Psicodinámico, el Cognitivo - Conductual, el Humanista y el Sistémico. El enfoque integrativo se define, como un intento de potenciar y desarrollar la efectividad psicoterapéutica mediante propuestas novedosas y creativas basadas en más de una orientación teórica o técnica. Tiene tres líneas principales: los factores comunes, la integración teórica y la integración técnica (Rosado, 2007). Respecto a los factores comunes Alexander y French (1956) proponen un concepto llamado “experiencia emocional correctiva” junto con Jerome Frank quien en 1963 inicia esta corriente, es decir una línea integrativa, se hace referencia al hecho de que si las psicoterapias curan de forma similar, aun siendo tan diferentes en su contenido teórico y metodológico, debido a que aportan al crecimiento de la persona a partir de aquello que tienen en común y

no por sus diferencias teóricas (Rosado,2007); como por ejemplo: una relación de confianza, una explicación racional, proporcionar nueva información acerca de los problemas al paciente (mediante un insight, autoexploración, externalización del síntoma, etc.), la esperanza que se le proporciona al paciente, el cambio de perspectiva hacia experiencias de éxito, dominio de los problemas y facilitar la gestión emocional (Frank, 1963). Por otro lado, a nivel teórico, se han elaborado varios intentos de integración (híbrida, amplia, metateórica), en el caso de la integración metateórica (Feixas & Neimeyer, 1991), refiere que, si bien pueden existir contradicciones que se pueden generar al combinar conceptos de distintas tradiciones psicoterapéuticas que son incompatibles a nivel epistemológico, proponen integrar únicamente aquellas posturas que sean compatibles a nivel epistemológico. La integración técnica refiere a la selección de procedimientos terapéuticos efectivos, independientemente de su marco teórico (Rosado, 2007).

Desde esta perspectiva, el caso abordado refiere a un modelo integrativo Humanista y Sistémico, siendo un modelo semiestructurado (González, 1994), que utiliza alternativamente la terapia individual pero también grupal o familiar, basándose en diversas técnicas que provienen de los enfoques humanista y sistémico.

La perspectiva epistemológica que compete al estilo de la terapeuta a cargo del acompañamiento de la paciente Vivian, parte de una perspectiva humanista y existencial, siendo la persona en su visión y construcción integral, así como la aceptación incondicional de la condición humana, la escucha activa y la empatía, puntos de partida fundamentales a la hora de realizar las intervenciones (Rogers, 2000). Derivado de estas actitudes hacia la persona y el proceso terapéutico, se hila entonces, la importancia de la presencia en el aquí y ahora (desde el enfoque gestáltico) considerando un encuentro existencial y creativo (se va gestando a lo largo del ciclo de vida y existencia), es decir, en vez de adoptar a priori una visión monolítica, permite a la persona revelarse a sí misma en ese encuentro (Zinker, 1978). La psicoterapia Gestalt, perteneciente a la corriente humanista de la Psicología, sirve de base al tratamiento mental en el que se concede importancia decisiva al desarrollo del autoapoyo del ser humano a través, del cierre de asuntos pendientes consigo mismo y con los demás, dentro de un contexto único, mediante técnicas de diálogo y vivenciales; siendo el objetivo de la psicoterapia Gestalt, facilitar la comprensión y el cierre de asuntos pendientes en el

paciente para que éste logre una existencia auténtica y aprenda a apoyarse en sí mismo para evitar la dependencia y lograr vivir mejor su vida (Salama, 2012). Desde este enfoque, las técnicas que se ocuparon durante las intervenciones refieren a las expresivas, que tienen como objetivo expresar lo que se está reprimiendo o no está siendo expresado; y las integrativas que buscan integrar lo suprimido o lo expresado ya resuelto.

Por otro lado, desde el enfoque sistémico, sus antecedentes se encuentran en la Teoría General de los Sistemas desarrollada por Von Bertalanffy (1954), En cuanto a la teoría de los sistemas, que daría pauta para entender conceptos, tan importantes que funcionan dentro de las interacciones de los sistemas familiares. Desde éste modelo interaccional o comunicacional, se encuentran basados en la pragmática de la comunicación, la teoría general de los sistemas y en conceptos básicos cibernéticos, donde no se considera la patología como un conflicto del individuo, sino como una “patología de la relación”. Desde el axioma propuesto por Watzlawick, “toda conducta es comunicación”. Por lo tanto, la persona se encuentra dentro de un sistema, siendo los miembros de ese sistema, interdependientes entre sí. La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas, mirar las conductas, interacciones que mantienen el síntoma, las coaliciones que se pueden llegar a dar dentro del sistema, entre otros factores que obstaculizan el desarrollo óptimo de sus miembros, dependiendo la etapa del ciclo vital en la que se encuentran (Cibanal, 2006).

Respecto a la psicoterapia sistémica individual, desde la modalidad de terapia breve-larga (Bóscolo, 1996), donde la perspectiva del paciente parte de una visión positiva y no patológica, lo cual tiene un hilo conductor con el concepto de “tendencia actualizante”, que parte de la perspectiva humanista, y término que aporta Rogers en 1979, por tanto la función del síntoma es visto como una posibilidad a trabajar, externar y aprovechar dentro de la psicoterapia y, a partir de la resignificación del mismo, viendo a la persona como parte de un todo, y de un sistema que cuenta con ciertas características que promoverán la búsqueda de un equilibrio constantemente, se utilizan los siguiente factores como base del proceso individual sistémico (Bóscolo, 1996):

- El lenguaje terapéutico: Si la “realidad” surge del lenguaje a través del consenso, en el diálogo con el cliente, prestando atención a su lenguaje, y por lo tanto a su modo de percibir

y conceptualizar la “realidad” misma, y naturalmente también a nuestro lenguaje, podemos abrir el camino al desarrollo de nuevos significados y nuevas “realidades”. En este sentido, el lenguaje ha llegado a ser un protagonista del diálogo terapéutico, no sólo como ocurría en el pasado, un simple vehículo de comunicación del cual por lo general no se está consciente (Bóscolo,1996), por lo tanto, se utilizan técnicas como la metáfora, analogías, el mismo significado del lenguaje para dar pauta a la creación de nuevas perspectiva y significados.

- La retórica y hermenéutica: interpretación, además de una formulación de hipótesis que realiza uno de los interlocutores de un diálogo en relación con las afirmaciones del otro; por “retórica”, el trabajo de construcción de sus afirmaciones que realiza cada uno de los interlocutores con referencia al otro. En el dialogo terapéutico, la retórica y la hermenéutica son utilizadas tanto por el terapeuta como por el cliente, esto ocurre en todas las formas de psicoterapia (Bóscolo, 1996).

Podríamos resumir, que desde este enfoque el uso de resignificación de significados, las hipótesis generadas cada sesión, el mirar al paciente como un ser perteneciente a un Sistema que busca su evolución y mejoría, será un punto de partida fundamental.

Síntomas abordados

La sintomatología a tratar refiere a la dificultad para externar de manera clara y asertiva sus emociones, presentándose así una sintomatología ansiosa acompañada de dificultades en su interacción dentro de su sistema familiar, en ocasiones, dentro del trabajo. En específico los sentimientos detectados durante el proceso terapéutico, corresponden a impotencia, frustración, enojo, así como tristeza. A partir de algunas preguntas realizadas durante la primera y segunda sesión se detecta la presencia de sintomatología ansiosa, además de depresiva (Beck & Emery, 2014), con base en los siguientes síntomas (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V, 2018)

-Agobio constante

-Pensamientos recurrentes

-Cansancio constante

-Irritabilidad

-Dificultad para concentrarse

-Tensión muscular

Por otro lado, sus características de personalidad invitan a observar algunos criterios para inferir rasgos de personalidad evitativa. El trastorno de personalidad evasiva refiere un patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta, está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro, o más, de los hechos siguientes (APA,2014):

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo
2. Poca disposición a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Retraimiento en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
7. Hay mucha negación a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

En el caso de la paciente, presenta tres de los criterios propuestos por el DMS-V, lo cual no cumple con los criterios necesarios para determinar un trastorno, sin embargo, presenta los siguientes criterios:

- Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo
- Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen

- Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

Vivian presenta, en ocasiones o ante ciertas circunstancias, un sentido negativo de sí misma, conectando con un sentimiento de culpa, en ocasiones su narrativa indica tener un sentimiento de insuficiencia e inhibición en el establecimiento de relaciones más íntimas, aunque Vivian presenta una socialización funcional; teme de establecer más profundidad en sus relaciones por miedo a lo que dirán o a cómo reaccionarán, evitando contactar con un sentimiento de vergüenza. Suele ser tímida ante situaciones que la podrían llevar a conectar con alguna creencia que la conecte con un sentimiento de culpa o vergüenza. Es sensible, se preocupa por las críticas y rechazo de los demás (Echeburúa, 2011). De hecho, dentro del proceso terapéutico, se utilizaron varias sesiones para que fuera externalizando información más relevante acerca de su sistema familiar en cuanto a temas laborales, ella comentó que le daba “vergüenza” comentarlo. Con base en los dominios, rasgos o facetas de la personalidad relacionados según la propuesta del DSM-V presenta:

1. Emocionalidad Negativa: Ansiedad, baja autoestima, culpa/vergüenza
2. Introversión: Evitación de relaciones íntimas, afectividad restringida.

Sin embargo, no cumple los criterios para un trastorno de ansiedad o depresión más grave, tampoco para diagnosticar un trastorno de personalidad por evasión.

Objetivos

- Objetivo General:

Integrar la sistematización de un caso clínico abordado durante la supervisión desde los enfoques Gestalt y Sistémico en el Servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (*OPTA*) de la Universidad Iberoamericana Puebla.

- Objetivos específicos:

- ▶ Analizar los avances obtenidos en el proceso terapéutico en el caso clínico atendido durante la práctica supervisada.
- ▶ Examinar el impacto, eficacia y pertinencia de las técnicas aplicadas.

- ▶ Cuantificar la ansiedad, enojo, depresión y funcionamiento global de la paciente durante la primera, quinta, décima y última sesión del tratamiento psicoterapéutico con la finalidad de valorar los cambios a lo largo del mismo.
 - ▶ Generar un análisis acerca de la influencia de variables como características del terapeuta, enfoque psicoterapéutico utilizado, número de sesiones en los resultados obtenidos.
- **Objetivos Psicoterapéuticos planteados junto con la paciente:**

A partir de estas hipótesis referentes a la perspectiva gestáltica, el enfoque sistémico, así como el modelo de diagnóstico multiaxial, se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos:

- Identificación ante la formación de figura (emoción: enojo).
- Experiencia de contacto con expresión de la emoción (enojo e impotencia).
- Identificación de idealizaciones y fijaciones.
- Brindar estrategias de externalización y fortalecimiento yoico.
- Resignificación de narrativas respecto al rol de cuidador y de la idealización del padre.
- Externalización del síntoma.
- Trabajar límites respecto a su rol dentro del sistema, así como el proceso de diferenciación y autonomía.
- Trabajar la comunicación clara - directa.

Definición de Variables

La variable independiente (Buendía, 2001) refiere a las intervenciones terapéuticas a partir del enfoque integrativo. La efectividad de las mismas será medida a través de los instrumentos cuantitativos, descritos más adelante, junto con las observaciones cualitativas que sean relevantes para el cambio durante el proceso terapéutico. Por otro lado, las variables dependientes serán los síntomas que muestre la paciente, junto con los cambios que se

observen a nivel interaccional (Hoffman, 1987), conductual, cognitivo y emocional (Montesano, 2016).

VARIABLES CUALITATIVAS:

- Características del terapeuta
- Cambios observados en el paciente

VARIABLES CUANTITATIVAS:

Puntajes obtenidos en las siguientes pruebas:

- Inventario de depresión de Beck (BDI)
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI)
- Inventario de Enojo – Rasgo (Moscoso, 2000)
- Escala Global (Alcázar, 2010)

Importancia del estudio

El alcoholismo es aceptado a nivel universal como uno de los principales problemas que afectan hoy a la humanidad, de la salud pública en todo el mundo además de representar una grave amenaza al bienestar de los individuos y de las familias. Desde la más remota antigüedad se conocen los efectos nocivos del uso y abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. Es una enfermedad crónica, progresiva, fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física, tomando en cuenta también, cambios orgánicos patológicos. Existe predominio del sexo masculino de esta afección, aunque es cada vez mayor su adición por el género femenino, sobre todo en jóvenes. Se observa en más del 16 % de las personas mayores de 65 años, reportándose una alarmante incidencia mundial (Guerra, 2016).

Al hablar de hijos que pertenecen a sistemas familiares donde uno de los padres presenta una ingesta de alcohol elevada o un diagnóstico por consumo de alcohol, en ocasiones pueden llegar a experimentar distintas formas de externar diversas emociones que pueden aparecer durante el transcurso de esta enfermedad crónica.

Las repercusiones que tiene la conducta alcohólica sobre la familia conllevan afectaciones importantes, en ocasiones los miembros de la familia que conviven con un adicto al alcohol

o alguna sustancia, presentan un conjunto de conductas adaptativas que se distinguen por: comportamientos tendentes a proteger, controlar, cambiar al adicto, intentar asumir la solución de la adicción, reprimir o inhibir la manifestación de sentimientos y emociones (Girón, 2007).

Es importante considerar que el alcoholismo es un estado capaz de convertirse en un principio organizador central alrededor del cual se estructura la vida de la familia; puede conllevar repercusiones negativas sobre los miembros que la integran (Girón, 2007).

Ante una conducta alcohólica en la familia, el sufrimiento que viven los miembros puede afectar la transición de las etapas del ciclo vital, es decir, desestabilizan, provocando emociones, conductas o roles dentro del sistema que afecten el desarrollo de los demás miembros. Entre las afectaciones más comunes que puede llegar a presentar un familiar de una persona con conducta alcohólica, se encuentran: trastornos del sueño, ansiedad, junto con depresión (Premiot, 2017).

En las familias existe mayor conflicto caracterizado por discusiones frecuentes, haciendo énfasis en aspectos negativos de la interacción, no obstante, los familiares se preocupan, viéndose afectados por los parientes que consumen alcohol, están inmersos en circunstancias estresantes, enfrentan la problemática de diversas maneras: tolerancia, involucramiento y retiro. En el caso de la paciente Vivian, el alcoholismo toca áreas importantes no sólo de su funcionamiento familiar, sino a nivel individual, incrementando síntomas de ansiedad, junto con depresión. Ante un ambiente familiar unido, pero conflictivo por el padre que padece alcoholismo, su calidad de vida se ha visto mermada a nivel emocional, presentando dificultades para la aceptación, elaboración del duelo en cuanto a la pérdida de la salud de su padre, así como los cambios que eso conllevó en su sistema familiar; trayendo como consecuencia distanciamiento con su padre, hostilidad, dificultades en la comunicación dentro del sistema y otros subsistemas a los que pertenece (Guerra, 2016).

Partiendo de este contexto, la importancia del estudio radica en poder acompañar a la paciente, a futuros casos que compartan características similares en cuanto al contexto, motivo de consulta, sintomatología, a encontrar soluciones más óptimas en pro de una mejora en su salud psicoemocional.

Limitaciones del estudio

- No es posible generalizar los resultados (Scandar, 2014).
- Independientemente de que es un método riguroso, implica una evaluación que va más allá de una lógica cuantitativa, por lo que la precisión de los datos conlleva más que una visión de extrema objetivización una “subjetividad disciplinada” (Thomas, 2011).
- El abordaje desde una sola perspectiva o enfoque terapéutico. El caso de Vivian podría abordarse desde un enfoque Sistémico Familiar, continuando con el proceso desde las pautas interaccionales que se están dando dentro de su sistema familiar, sin embargo, el enfoque por el cual se optó (Gestalt-Humanista), se dirigen más hacia la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, dejando de lado las pautas interaccionales que se están presentando en su sistema familiar. Debido a esta limitación se encuentra pertinente realizar la integración de técnicas provenientes del modelo sistémico.
- Límite de sesiones. El número establecido por cuestiones logísticas del OPTA, dificulta la posibilidad de medir beneficios de las intervenciones realizadas a largo plazo, permitiendo la utilización de otras técnicas, además de enfoques terapéuticos.
- Fechas inhábiles y suspensiones. Promovían a que se perdiera en ocasiones el hilo conductor de los objetivos terapéuticos.

Tipo de estudio

Estudio de caso

El estudio de caso, es mixto, donde se utilizan tanto el método cuantitativo, como cualitativo, haciendo uso de herramientas como entrevista clínica, a su vez, instrumentos de evaluación cuantitativa como los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck (Beck, 1998), Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso & Spielberger, 1999); Escala Global (Alcazar, 2010). La diferencia entre los tipos de investigación, radican en las técnicas usadas para resolver el problema de investigación que se tiene entre manos. Por un lado, aquellas

comúnmente entendidas como de un corte narrativo, así como detallado en la descripción; del otro, aquellas que usan herramientas formales (Plata, 2007).

Desde la investigación cuantitativa, se busca explicar, además de predecir la realidad vista desde una perspectiva externa, utilizando la estadística junto con el experimento como herramientas principales para la construcción del conocimiento (Padrón Guillén, 1992). En cuanto a la investigación cualitativa, teniendo en cuenta la influencia de distintas corrientes filosóficas de pensamiento como la Fenomenología, la Hermenéutica, el Interaccionismo Simbólico, la Sociología Crítica, comprenden el estudio de un análisis más subjetivo, tomando en cuenta los significados que el propio sujeto da a las experiencias que percibe, con base en una postura crítica, algún enfoque que le permiten interpretar la realidad (De Andrea, 2010).

En cuanto al diseño de la investigación, se toma como base el Estudio de Caso, el cual tienen su origen en el campo de la medicina, consistiendo en la asignación aleatoria de sujetos a diferentes opciones de tratamiento sin que ni el experimentador ni el sujeto estén al tanto de qué opción terapéutica se está aplicando (doble ciego) (Scandar, 2014). El Estudio de Caso utiliza con éxito la validación de protocolos de tratamiento, siendo considerados actualmente, el estándar de máxima calidad en investigación (Kazdin & Blase, 2011), desplazando parcialmente otro tipo de metodologías, también de base empírica, como lo es el Estudio de Caso (Stiles, 2005). Puede definirse también como “La examinación o investigación de forma intensiva, detalladamente profunda de una unidad simple: el caso” (Luck, Javkdon, & Usher, 2006, p. 104).

Formulación del caso clínico

Datos generales del paciente

La paciente canalizada por parte del Servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (*OPTA*), es nombrada en la sistematización de caso con el seudónimo de “Vivian”, una joven mujer de 26 años, originaria de Puebla, Puebla. Su estatura es mediana, mide aproximadamente 1.60 m; ligeramente embarnecida, tez morena, ojos grandes, rostro

redondo, sus rasgos muestran preocupación, además de cierta angustia, a la vez que al ser un rostro expandido. Presenta un adecuado aliño e higiene personal.

Vivian cuenta con estudios en comercio exterior, laborando actualmente en CDMX en el gobierno. Así mismo cursa estudios en una maestría relacionada con su licenciatura. Proviene de un extracto socioeconómico medio-alto, practica la religión católica. Proviene de un sistema familiar conformado por su padre, madre, dos hermanos menores. Ellos dos actualmente viven con sus padres, mientras que ella con tres roomies en Ciudad de México. Sus padres han mantenido por varios años un negocio familiar que está a flote. La que coordina un rol económico más fuerte en casa es su madre, ya que su padre padece de trastorno por consumo de alcohol, además de sintomatología depresiva desde hace 6 años. Enfermedad crónica que ha desgastado algunas de sus funciones vitales imposibilitándolo para laborar. Vivian tiene una interacción muy cercana con su madre y sus hermanos, así como su familia extensa, una tía en particular, hermana de su mamá. La relación con su padre actualmente es complicada, además de lejana emocionalmente.

Motivo de Consulta

Vivian se presenta al OPTA por voluntad propia, debido a que siente que el consumo crónico de alcohol que presenta su padre desde hace 6 años, es una situación que la tiene bajo mucho estrés y preocupación, siente que es algo que “nunca he sacado”, considerando que es momento de empezar a expresarlo. Menciona que tanto su hermana como su madre, le dieron la idea de empezar a “sacarlo”, ya que ellas lo habían hecho, mejorando su estado de ánimo. Menciona que en muchas ocasiones se siente ansiosa. Aunque vive en Ciudad de México durante la semana, a veces no puede disfrutar del todo salidas con sus compañeros del trabajo porque se acuerda de la situación de su padre, sintiendo muchas ganas de llorar o se pone irritable. Lo que ella busca es poder tener un espacio donde poder platicar, además de descargar lo que siente respecto a esa situación. Vivian menciona que por muchos años no “quería” hablar del tema; durante el transcurso de la universidad (desde que salió del bachillerato), ha tenido oportunidades de irse fuera del país o a otros estados para buscar su crecimiento profesional. También menciona que para “evitar” o no estar tan “cerca” de la situación. Casi al finalizar la primera sesión, la psicoterapeuta realiza la siguiente intervención:

Psicoterapeuta: Pareciera que es una situación que viene sucediendo desde hace tiempo, ¿qué es lo que hoy te hace decidirte venir a terapia?

Vivian: En sentir que ya no puedo más con la carga y las emociones que me produce la situación, necesito empezar a sacarlo, es algo que me agobia mucho, me dan muchas ganas de llorar cuando pienso en la situación o algo me lo recuerda.

No había habido intentos de solución previos, desde algún otro enfoque o proceso terapéutico, es la primera vez que acude a una sesión de psicoterapia.

Sesiones

Se llevaron a cabo 16 sesiones. El inicio de estas, fue en agosto del 2018, culminando en abril del 2019. En el transcurso de agosto a diciembre, las sesiones se llevaron a cabo semanalmente los días sábado por la mañana. A partir de enero la periodicidad cambio a cada 15 días. De la mitad del mes de diciembre, hasta finales de enero, las sesiones fueron interrumpidas durante un mes, debido a las vacaciones de invierno, considerando que la paciente referida, no reside en Puebla, situación que dificultó poder comenzar a principios de enero. A partir de la primera semana de febrero, continuó con las sesiones, pero ahora, integrando el enfoque sistémico.

Temas tratados durante las sesiones

Tabla 1
Temas abordados

No. Sesión	Fecha	Contenido de las sesiones
1	6/09	<ul style="list-style-type: none">• Historia Clínica, Rapport
2	13/09	<ul style="list-style-type: none">• Historia clínica• Fortalecimiento de la alianza terapéutica• Trabajo con la ansiedad a partir de técnicas de respiración con sensibilización
3	20/09	<ul style="list-style-type: none">• Trabajo con el significado de “vergüenza”. La evitación al hablar del tema de la conducta alcohólica del padre.• Sensibilización. Manejo de ansiedad.
4	27/09	<ul style="list-style-type: none">• Exploración de sus contextos junto con redes de apoyo actuales

		<ul style="list-style-type: none"> • Consciencia de la importancia de la figura masculina en su vida, sentimientos de impotencia con respecto a la idealización del padre
5	10/09	<ul style="list-style-type: none"> • SESIÓN MUESTRA • Trabajo con la figura de impotencia • Externalización, expresión del enojo e impotencia • Sensibilización corporal, detección de enojo en el cuerpo • Relajación con técnicas de respiración
6	17/09	<ul style="list-style-type: none"> • No asistió
7	24/09	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés laboral, posibles cambios en el trabajo, exploración de pensamientos que aparecen por este posible cambio y manejo de estrés.
8	06/10	<ul style="list-style-type: none"> • No asistió
9	13/10	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la figura de su jefe directo en el trabajo, como suplencia de “esa figura paterna” que ya no percibe en casa. • Trabajo con identificación de recursos internos para afrontamiento del posible cambio laboral.
10	20/10	<ul style="list-style-type: none"> • No asistió
11	27/10	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración de significados en cuanto al rol las mujeres que “cuidan” a los hombres en su familia • Exploración de genograma, patrones que se han repetido en su familia • Conciencia de la resistencia que presenta ante el hecho de tener que cuidar a alguien, aparece sentimiento de rechazo a dicho patrón
12	26/01	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualizar tras el periodo vacacional que no se tuvieron las sesiones • Trabajo con tema laboral, aunado a dificultades en la interacción con una compañera de trabajo
13	09/02	<ul style="list-style-type: none"> • Externalización de un tema que no había compartido Vivan respecto a la labor de cuidadora de su madre • Trabajo de la comunicación clara-abierta respecto a temas “secretos” en su familia. • Detección de necesidad de darle más lugar a su padre dentro del sistema (tomar en cuenta su opinión)
14	09/03	<ul style="list-style-type: none"> • Externalización de tema “vergonzoso” a nivel laboral, referente a un acoso que vivió por parte de un jefe de área. • Exploración de recursos y fortalecimiento de autoestima.

15	23/03	<ul style="list-style-type: none"> • Resignificación de creencias acerca de situaciones que le producen vergüenza, miedo hablar, a partir de técnicas de psicoterapia narrativa y circularidad. • Asertividad
16	6/04	<ul style="list-style-type: none"> • Externalización del miedo que le produce sentirse expuesta ante figuras de autoridad, se abordaron expectativas que tiene hacia ella misma en el trabajo, además que los demás esperan de ella. Fortalecimiento yoico junto con reconocimiento de creencias dentro de su discurso que reafirman sentimiento de incompetencia o vergüenza. • Detección de recursos para afrontar sentimiento de ansiedad ante posibles creencias o sucesos que lleven a la vergüenza (evitación). • Preparación para el cierre

Elaboración propia

Supervisoras

Las psicoterapeutas encargas de las supervisiones fueron:

- Supervisión en Psicoterapia Gestalt: Mtra. Nora Gurrola Sánchez
- Supervisión en Modelo Sistémico: Mtra. Teresa Badía Julián Ruíz

Sesión modelo

- **No. De Sesión:** 5
- **Fecha:** 10 de septiembre del 2018
- **Lugar:** OPTA

Descripción

En esta sesión los objetivos a tratar corresponden a: poder lograr una mayor externalización del enojo y la impotencia, figuras que se presentan desde el motivo de consulta en las primeras sesiones, no habían podido ser completamente externalizadas, ni se habían llevado a un experimento concreto. Por otro lado, dentro de las mismas técnicas aplicadas se buscó promover la detección de sus recursos personales para la regulación emocional de la ansiedad, buscando empezar a construir una plataforma sobre una resignificación de la figura paterna, la aceptación de la realidad que presenta su padre con respecto a su consumo de alcohol, además de afectaciones físicas.

Durante la sesión Vivian se mostró abierta, cooperativa, con alto grado de ansiedad debido a la impotencia que no ha podido ser externalizada, se mostró conectada con la intervención, así como con un grado óptimo de *insight* que favoreció al desarrollo de la técnica, siendo la alianza terapéutica, una base fundamental de confianza para esta sesión.

Antecedentes

-Sociales: Vivian es una persona con rasgos de introversión, sin embargo, comenta que nunca se le ha dificultado tejer redes de apoyo en sus diferentes contextos, como escuela, vecinos, familia. Le gusta mucho poder convivir con la gente cercana a ella, comenta que desde pequeña sus círculos de amistades han sido importantes redes de apoyo, le gusta divertirse; varias de sus amigas de la infancia - adolescencia siguen siendo parte importante de su vida. Debido a los trabajos de su padre, vivió en distintas partes de la República incluyendo Monterrey, Ciudad de México, Veracruz; ella refiere que Monterrey fue un lugar que recuerda con mucho cariño, por el tipo de actividades que compartían con su familia y amigos, como por ejemplo, carnes asadas, convivios, etc.; ella ha comentado en varias sesiones que no le es difícil adaptarse, gracias a las diferentes ocasiones donde tuvieron que cambiar de lugar de residencia, de hecho, al salir de la universidad, se animó a viajar, aprovechando una estancia de intercambio en el extranjero. Entre las experiencias que menciona están: trabajo en Disney durante el verano, además de viajes a otras partes del extranjero. Saliendo de la universidad, vivió en Mazatlán, en el norte, por último, en Veracruz, actualmente reside en Ciudad de México, lo cual evidencia, una capacidad importante de adaptabilidad a la movilidad y al cambio a nivel social. Algo que podría presentarse como un área de oportunidad, que ella lo refiere así también, tiene que ver con su estilo de comunicación no asertiva, debido a que tiende evita abordar conflictos como una forma de evitar la ansiedad social. Lo anterior se ve reflejado familiar y laboralmente. Menciona que, con sus mejores amigas, le es más fácil poder compartir de manera más auténtica y directa, externando emociones como el enojo, miedo o tristeza, sin embargo, en los ámbitos laborales, así como, familiar, le cuesta más trabajo. En cuanto a relaciones de pareja, únicamente ha tenido una relación formal que duró un año y medio. Al preguntarle acerca de su vida sexual no permite que toquemos de fondo el tema, menciona que sus experiencias han sido agradables, pero que no ha sido una mujer de muchas relaciones de

pareja. En cuestión de su interacción con las jerarquías en su trabajo, es muy apegada a su jefe indirecto, quien la ha apoyado mucho; él ha simbolizado una figura paternal importante los últimos dos años. Sin embargo, la relación con las mujeres, a nivel laboral, le cuesta más trabajo. Recientemente se han presentado dificultades, con su jefa directa, a nivel de comunicación, además de límites.

-Médicos: Hace aproximadamente 3 años la operaron de Miopía, en ocasiones se presentan síntomas de ansiedad un poco más elevados, como palpitación, inquietud motora. En cuanto a otros síntomas médicos, no hay presencia de algo más relevante. Su abuela paterna padeció cáncer de mama, su abuelo paterno murió debido a cirrosis por consumo de alcohol, actualmente su padre tiene trastorno por consumo de alcohol, posibles síntomas de depresión, así como déficit de sus funciones neurológicas.

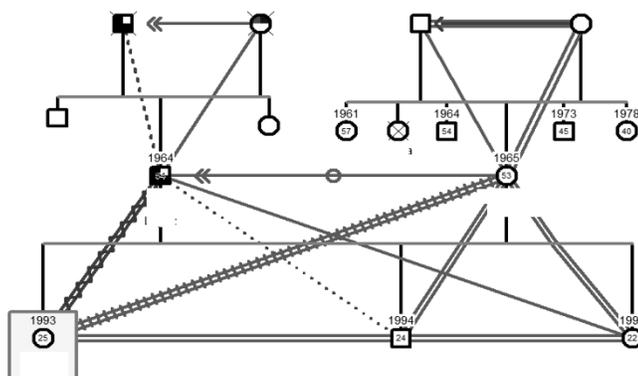
-Académicos: Desde su educación básica Vivian comenta que le ha gustado mucho la escuela, aprender, prepararse; es algo que en su familia es prioridad. Su padre siempre se lo recalca, recibiendo mucho apoyo por parte de él. Menciona que su desempeño siempre ha sido muy favorable. Le gusta aprender nuevas cosas, mejorar sus conocimientos a nivel profesional. Durante los cambios de residencia, menciona que en algunos momentos si fue difícil la adaptación, sin embargo, nunca presentó problemas o dificultades relevantes en su aprendizaje. El reconocimiento académico es algo fundamental para ella.

Estructura familiar

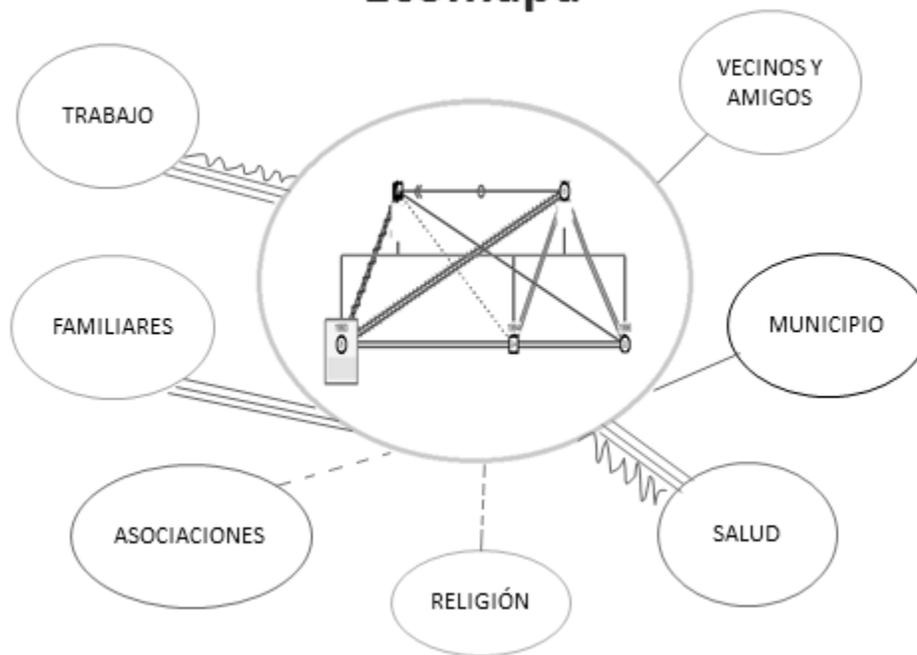
Su familia nuclear está compuesta por su padre de 54 años, originario de Puebla, Pue; actualmente no trabaja debido a que padece de alcoholismo crónico, déficit en sus funciones neurológicas, además síntomas de depresión. Su madre, originaria de Puebla, Puebla, con 53 años de edad, dedicada a gestionar un negocio familiar y al cuidado de su padre. Un hermano menor de 24 años, que es licenciado en derecho, ejerce en Puebla; su hermana de 22 años, quien está terminando de estudiar su licenciatura en Puebla. Sus abuelos paternos fallecieron, no hay un contacto cercano con la familia de su padre. Actualmente Vivian vive con dos roomies, sus hermanos viven con sus padres en la misma casa. De parte de su madre hay una relación cercana con sus tíos y sus abuelos, quienes son una red de apoyo importante en los momentos de crisis que atraviesan dentro de su familia nuclear, conviven constantemente. Ambos abuelos maternos viven. Existe una cercana relación con su familia materna, mientras

que hay lejanía con la familia de su padre. Lleva una relación lejana, además de complicada con su padre, una relación cercana con su madre y sus hermanos; asimismo con una de sus tías maternas, quien vive con sus abuelos, es muy cercana a ella. Es un sistema que oscila entre una comunicación clara indirecta, en ocasiones confusa; su hermana menor, así como su mamá son las que más validan, además de externar emociones respecto a la situación familiar que viven actualmente (Epstein & Cols., 1983: 171-180). Los roles cambiaron desde el inicio de consumo de alcohol crónico del padre, de ser padre y madre líderes del negocio familiar, pasó mamá a ser la principal proveedora del sistema, aunque actualmente Vivian ya es autosuficiente en cuanto a la obtención de sus recursos económicos (Atri, 2006).

Roomies



Ecomapa



Necesidad	Recurso
Protección	Vive en un lugar seguro, tiene todas las necesidades de vivienda cubiertas
Salud	No pertenece a clubes deportivos ni acude a algún centro de mejora de salud física, sin embargo comenta que tiene acceso a seguro médico
Educación	Nivel alto, estudia último semestre de maestría en una universidad de alto nivel académico
Sentido de pertenencia a grupos y redes de apoyo	Es casi nulo, apenas recurrió al centro de apoyo psicológico de la universidad, no pertenece a otros
Fuentes de crecimiento espiritual	Nulo
Asociaciones	Nulo

Autonomía y destrezas	Fuera del hogar, su sistema laboral es estresante, pero gratificante a nivel económico, el negocio familiar es una iniciativa que ha rendido frutos también ha crecido
Generatividad	Autonomía financiera a partir de un negocio familiar

Síntomas abordados

La conflictiva presentada por Vivian refiere a la dificultad para externalizar el enojo, la tristeza; dificultades en las formas de afrontamiento a nivel emocional y cognitivo ante la impotencia de la situación familiar que vive. Presenta dificultad para afrontar el estrés, junto con la ansiedad laboral, utilizando la conducta evitativa como un recurso a la ansiedad provocada por la dificultad para realizar un abordaje óptimo de su conflictiva emocional; aumentando así, la ansiedad presente (Beck, 1995). La hipótesis clínica parte del supuesto de que durante la etapa de la formación de identidad (adolescencia), a su ambiente familiar (Erickson, 1950), este se torna inseguro, posteriormente empieza a haber desprotección por parte de una de sus figuras parentales, su padre, (consumo de alcohol) ante este suceso de vida estresante, desarrolla rasgos de trastorno de evasivo de la personalidad, además de sintomatología ansiosa y depresiva, como medidas de afrontamiento ante la situación, opta por un rol en la familia que tiende a buscar espacios donde pudiera desprenderse de la situación, a la vez que experimenta preocupación, ansiedad por cómo lo están viviendo los demás miembros de su familia. Al haber una idealización (McWilliams, 2011) importante en cuanto a la figura del padre, esto involucra también una dificultad para la elaboración del duelo anticipado, la aceptación de la enfermedad de su padre, provocando entonces, un sentimiento constante de impotencia, desde la negación, llevando a la resignación (Kübler-Ross, 1965).

Enfoque psicoterapéutico aplicado

Desde la perspectiva del enfoque Gestalt, la hipótesis gestáltica refiere que bloqueos en las siguientes etapas del ciclo de la experiencia (Martín, 2007):

-Deflexión (Pre-contacto): Evita el contacto, lo que permite salir fácilmente de él, en el momento de contactar con la externalización de las emociones que rodean el alcoholismo de su padre, que genera un impacto en ella.

-Confluencia (Contacto): Es una situación que lleva constantemente a su cotidianidad, la culpabilidad derivada de la evitación. Aunque logra diferenciarse, logrando hacer su vida tanto en el área laboral como social, pareciera que es una situación que, a partir del pensamiento, contacta constantemente, llevándola a reavivar el enojo, la impotencia, aunado a la tristeza.

-Fijación (Post-contacto): Se queda fijada en pensamientos que incrementan la culpabilidad, la impotencia ante las situaciones familiares, en ocasiones laborales también, lo cual incrementa la ansiedad.

La figura cristalizada que se presenta constantemente es el enojo, mientras que la figura terapéutica refiere a la formación de un sentimiento constante de impotencia. Las polaridades que se piensan trabajar desde esta hipótesis son: *negación/aceptación* (Salama, 2012).

Desde la **perspectiva sistémica** se puede inferir que el padre “paciente identificado” (Minuchin, 1974), quien es el portador del síntoma, juega un rol que en ocasiones no permite que los demás miembros del sistema se responsabilicen de su propio camino hacia la autonomía (Villegas, 2008). El síntoma (alcoholismo del padre) es el foco de atención, a la vez el tema del que se habla poco dentro de su núcleo familiar, omitiendo compartirlo ya apoyarse con la familia extensa. Por otro lado, se observa que la comunicación dentro del sistema familiar tiende a ser clara-indirecta, provocando que se pueda “hablar a medias” o a través de dobles mensajes, actitudes poco claras o ambivalente, las emociones que provoca la tensión familiar que se vive en casa (Atri, 2006). También aparecen ciertas narrativas o creencias como: el que no puedan realizar actividades, el que su madre “tenga que cuidar a su padre”, el miedo a que “su madre se enferme como sucedió con su abuela paterna, cuidadora de su abuelo alcohólico”, entre otras narrativas, además de significados entorno al rol de “cuidadores” que hay en su familia (Bóscolo, 1996), que refuerzan el sentimiento de impotencia, o el mantenimiento de la tensión, en vez de buscar estrategias diferentes para el afrontamiento de las crisis que se presentan a partir del consumo o sintomatología de su padre, además de darle un mejor orden al sistema, tomando más en cuenta al mismo, es decir,

está siendo difícil, al menos desde la perspectiva de Vivian, poder respetar las opiniones y acciones de su padre. A partir de estas hipótesis, sería conveniente trabajar a partir de resignificación de las narrativas (White & Epton, 1980) que refuerzan el síntoma o los patrones menos constructivos, así como la utilización de los síntomas como medios de mirar aquello que no se está verbalizando, además de aquello que se está manteniendo igual, en vez de evolucionar a una dinámica de mayor bienestar para los miembros del sistema. Invitar a Vivian a trabajar la idealización del padre para poder mirar más allá de del síntoma, la figura que su padre representa, dando que resultado esta nueva perspectiva, que pueda reordenarse el sistema, ejerciendo roles de cuidadores con ciertos límites que puedan favorecer en su caminar hacia la autonomía, favoreciendo a la diferenciación (Villegas,2006).

Respecto al diagnóstico multiaxial (APA,2002), se obtiene lo siguiente a partir de la sintomatología detectada:

- Eje I: Sintomatología Ansiosa, junto con síntomas de depresión
- Eje II: Rasgos de Personalidad Evitativa
- Eje III: Miopía
- Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: consumo crónico de alcohol por parte de su padre, (afección a nivel neurológico). Problemas relativos al ambiente laboral: altos niveles de estrés ligados a posibles cambios (incertidumbre que ocasiona conflicto).
- Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global: 51-60

Los mecanismos de defensa que aparecen ante situaciones que involucran crisis o en ciertas interacciones interpersonales son (APA, 2002):

Nivel 1: Anticipación, Afiliación

Nivel 2: intelectualización, represión

Nivel 3: idealización

A partir de estas hipótesis referentes a la perspectiva gestáltica, el enfoque sistémico, tomando en cuenta el modelo de diagnóstico multiaxial, se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos para esta sesión modelo:

- Identificación ante la formación de figura (emoción: enojo)
- Experiencia de contacto: expresión de la emoción (enojo).

Transcripción de fragmento significativo de la sesión:

A la mitad de la sesión, mientras Vivian refiere que su jefe actual le recuerda o significa una figura paterna, quien le da la confianza para expresar una situación que le causaba impotencia; posteriormente, ella empieza a tensar sus manos, sus pies; empieza a ponerse roja del rostro, mientras que empieza a haber llanto, se suscita el siguiente diálogo:

(Primera Intervención)

Psicoterapeuta: “Si tus manos pudieran hablar, ¿qué dirían?”

Vivian: “Hay mucha tensión”

(Segunda Intervención)

Psicoterapeuta: “¿De qué te das cuenta?”

Vivian: Me siento con mucha impotencia, no puedo hacer nada aunque quiera hacer algo por mi papá, si él no quiere.

(Tercera Intervención)

Psicoterapeuta: ¿Qué necesitas?

Vivian: Necesito decirlo

Psicoterapeuta: ¿Me darías permiso de poder realizar un ejercicio donde pruebes expresar esto que estás sintiendo a tu padre?

Vivian: “Sí” (*mientras su tensión en las manos seguía presente, aumentaba el llanto*)

(Cuarta Intervención)

Psicoterapeuta: Te voy a pedir que imagines que tu padre entra por esta puerta, sigue en contacto con tus sensaciones corporales, identifica esta impotencia que estás sintiendo

(Quinta Intervención)

Psicoterapeuta: “El entra, se sienta en esa silla que tienes enfrente, imagina a tu padre, su rostro, olor, gestos, colores...”

Psicoterapeuta: “Él está aquí para escuchar aquello de él que te genera esta impotencia, adelante...”

Vivian: Me frustra, me da impotencia que tú no hagas nada para cuidarte, que no te importe, que sigas haciendo cosas que te dañan (*su tono de voz es seguro, se acompaña del llanto*)

Vivian: Me siento impotente porque por más que quiera ayudarte, si tú no quieres no hay nada que yo pueda hacer

Psicoterapeuta: Vivian, ¿Necesitas externarle algo más a tu papá?

Vivian: “Me siento impotente, eso es lo que siento” (*sus pies se tensan, se mueven constantemente, el llanto aumenta, está haciendo contacto con su impotencia, se nota a través de la tensión corporal*)

1ª Intervención:

“Si tus manos pudieran hablar, ¿Qué dirían?”

- **Técnica Gestáltica:** Expresiva (Salama, 2002)
- **Objetivo:** Expresar lo no expresado
- **Justificación:** Conciencia corporal, externalización de sensaciones, externalización del sentimiento que hace consciente.

2ª - 3ª Intervención:

“¿De qué te das cuenta?” “¿Qué necesitas?”

- **Técnica Gestáltica:** Conciencia Aquí y ahora, hacer conciencia de la figura para poder hacer algo con ello.
- **Objetivo:** Generar insight
- **Justificación:** Conciencia corporal, externalización de sensaciones, externalización del sentimiento que hace consciente (no continuar la conducta de evitación).

4ª Intervención:

Experimento: Silla vacía

- **Técnica Gestáltica:** Expresiva

- **Objetivo:** Externar lo no externado o contenido
- **Justificación:** Conciencia corporal, externalización de sensaciones, externalización del sentimiento que hace consciente (no continuar la conducta de evitación).

Resultado de la sesión modelo:

- **Psicoterapeuta:** Con esto que en este momento logras externarle a tu papá, de ¿de qué te das cuenta?
- **Vivian:** De que **necesito expresar más lo que siento**, ahora me siento más liberada, la tensión en mis manos es menor
- [...] sé que es importante expresarle a mi padre cómo me siento, nunca lo he hecho, por una u otra razón, **me doy cuenta de que es necesario para mí.**
- **Psicoterapeuta:** [...] ¿Cómo te vas de esta sesión?
- **Vivian:** Con **ganas de expresar más lo que siento para no guardarlo**, me siento liberación además de calma. **Sigo sintiendo energía en mis pies, tengo ganas de caminar.**

Posteriormente, en la octava sesión, Vivian comenta que se siente más lista para abordar a su padre, empezar a buscar espacios para externar cómo se está sintiendo, al menos platicar más con él, propiciando un mayor acercamiento.

A lo largo de las sesiones Vivian fue mostrando una mayor capacidad de insight, expresión emocional; su tono de voz empezó a ser un poco más fuerte, su aspecto físico mejoró ligeramente, redujo la expresión de preocupación acompañada de tristeza, sonríe más, además de que se anima a expresar con menos ansiedad sus pensamientos, emociones, ya no hay tanta acumulación emocional, además menciona que en el trabajo ha visto que puede expresarse más sin evitar constantemente el conflicto. Reporta que se siente más segura. Se ha empezado a trabajar en la aceptación de su situación familiar actual.

Factores asociados al Psicoterapeuta

En cuanto a la persona del psicoterapeuta:

1. Aspectos de apoyo al proceso:

- Compromiso con sus sesiones de psicoterapia individual y supervisión (congruencia)
- Capacidad de análisis, manejo de metáfora, creatividad
- Acompañamiento cálido, auténtico
- Empatía acompañada de escucha activa

2. Aspectos a mejorar

- Actitud directiva (Considerar más ritmo del paciente)
- Manejo de ansiedad durante la exposición a la evaluación
- Miedo a la evaluación ante la exposición (perfeccionismo, además de rasgos narcisistas)
- Manejo de emociones (sensibilización, contacto)

En cuanto a las técnicas del terapeuta:

1. Aspectos de apoyo al proceso

- Técnicas para manejo de la ansiedad, además de estrés
- Técnicas de terapia narrativa (resignificación)
- Confrontación Empática
- Técnicas expresivas (maximizar la expresión, hablar de lo que está sintiendo, silla vacía)

2. Aspectos a mejorar

- Técnicas Supresivas (Ir más a la experiencia, no a la interpretación)
- Técnica de Reflejo
- Formulación concreta y clara de preguntas
- Silencios

En cuanto al manejo teórico del psicoterapeuta:

1. Aspectos de apoyo al proceso

- Intervención en crisis
- Técnicas de regulación emocional

- Conocimientos en cuanto el manejo de Duelo
- Modelo de terapia Narrativa, otros modelos Sistémicos
- Modelos de la Psicoterapia Humanista – Existencial

2. Aspectos a mejorar

- Estudiar más a fondo aspectos relacionados al Trastorno de personalidad Evitativo. Repercusiones del trastorno por consumo de alcohol, además de otras sustancias
- Codependencia
- Mayor conocimiento del Modelo Gestalt

Método

Sujeto

Nombre: Vivian

Sexo: Mujer

Edad: 26 años

Lugar de Nacimiento: Puebla, Puebla

Instrumentos

Las técnicas e instrumentos utilizados para evaluar a la paciente Entrevista Clínica, además de generar un vínculo significativo entre el entrevistador y el entrevistado, esta relación permite entender con mayor claridad las necesidades, motivos, así como los procesos cognitivos y estados afectivos de la persona entrevistada. (Morga, 2012).

Técnicas: Entrevista, observación.

En cuanto a los instrumentos **cuantitativos** aplicados, se utilizaron los siguientes:

El **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)** (~~Beck, 1988~~), las variables que se miden tienen que ver con la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad (Calleja, 2011).

Respecto a la **Escala de Enojo Rasgo** (Moscoso, 2000; Moscoso & Spielberger, 1999) mide la predisposición de la persona a experimentar enojo. Fue validada en México por Alcázar, 2011.

En cuanto al **Inventario de depresión de Beck (BDI)** (Beck, 1988), se midieron síntomas, además de aspectos conductuales asociados a la depresión. Fue validada en México por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela (1998).

Y por último, según la **Escala Global** (Alcázar, 2010) se midió el funcionamiento en las diversas áreas de la vida; laboral, escolar, relacionales en la amistad, pareja, familia, salud física y salud sexual. Validez de facie.

Procedimiento

La paciente solicitó atención psicoterapéutica en el OPTA. La psicoterapeuta eligió este caso entre los pacientes que fueron asignados. En cuanto a la recolección de datos cuantitativos la batería fue aplicada en la sesión 1, 5, 10 y 15. El tiempo que se requerido para aplicar los instrumento es de 20 minutos. El lugar de aplicación fue el consultorio ubicado en las instalaciones del OPTA. Posterior a la aplicación y calificación, se realiza un vaciado de datos para su sistematización.

Tratamiento

A partir de los resultados obtenidos los cambios significativos en la sintomatología fueron analizados y detectados.

RESULTADOS

Resultados Cualitativos

A partir de la 5ª sesión, Vivian fue mostrando una mayor capacidad de insight, expresión emocional, su tono de voz empezó a ser un poco más fuerte, se escuchó más segura, su aspecto físico mejoró ligeramente, redujo la expresión de preocupación; sonrío más, animándose a expresar con menos ansiedad sus pensamientos, además de emociones, ya no hay tanta acumulación emocional, además menciona que en el trabajo ha visto que puede

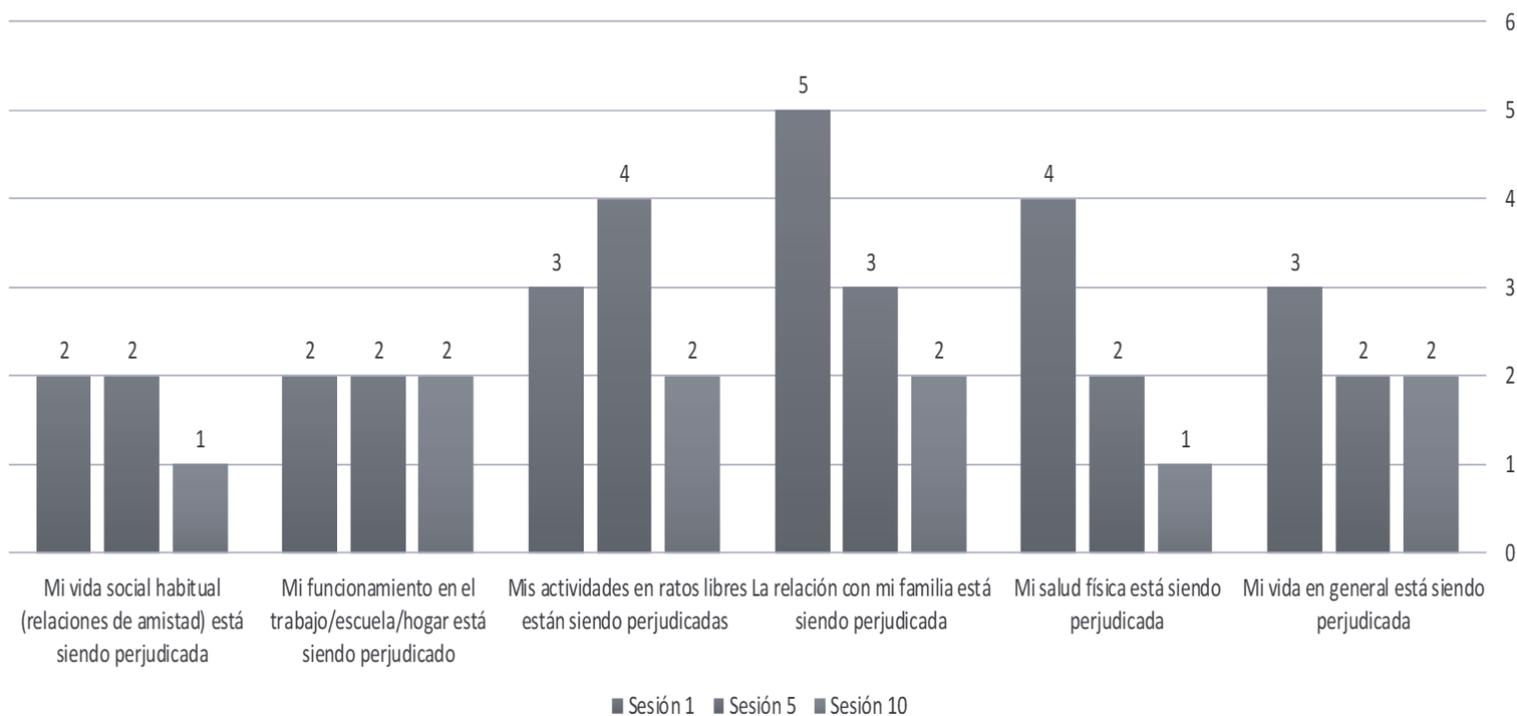
expresarse más sin evitar constantemente el conflicto sintiéndose más segura. Se ha empezado a trabajar en la aceptación de su situación familiar actual. Hay algunos otros cambios conductuales que se han mantenido a partir de la octava sesión, como, por ejemplo: viste con colores más alegres, se pinta, menciona que se siente más cerca de su padre y puede empezar a relacionarse mejor con él.

Resultados Cuantitativos

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la **Escala Global** (Alcazar-Olán,2012):

Figura 1.
Resultados de la Escala Global (Alcazar-Olán,2012)

ESCALA GLOBAL



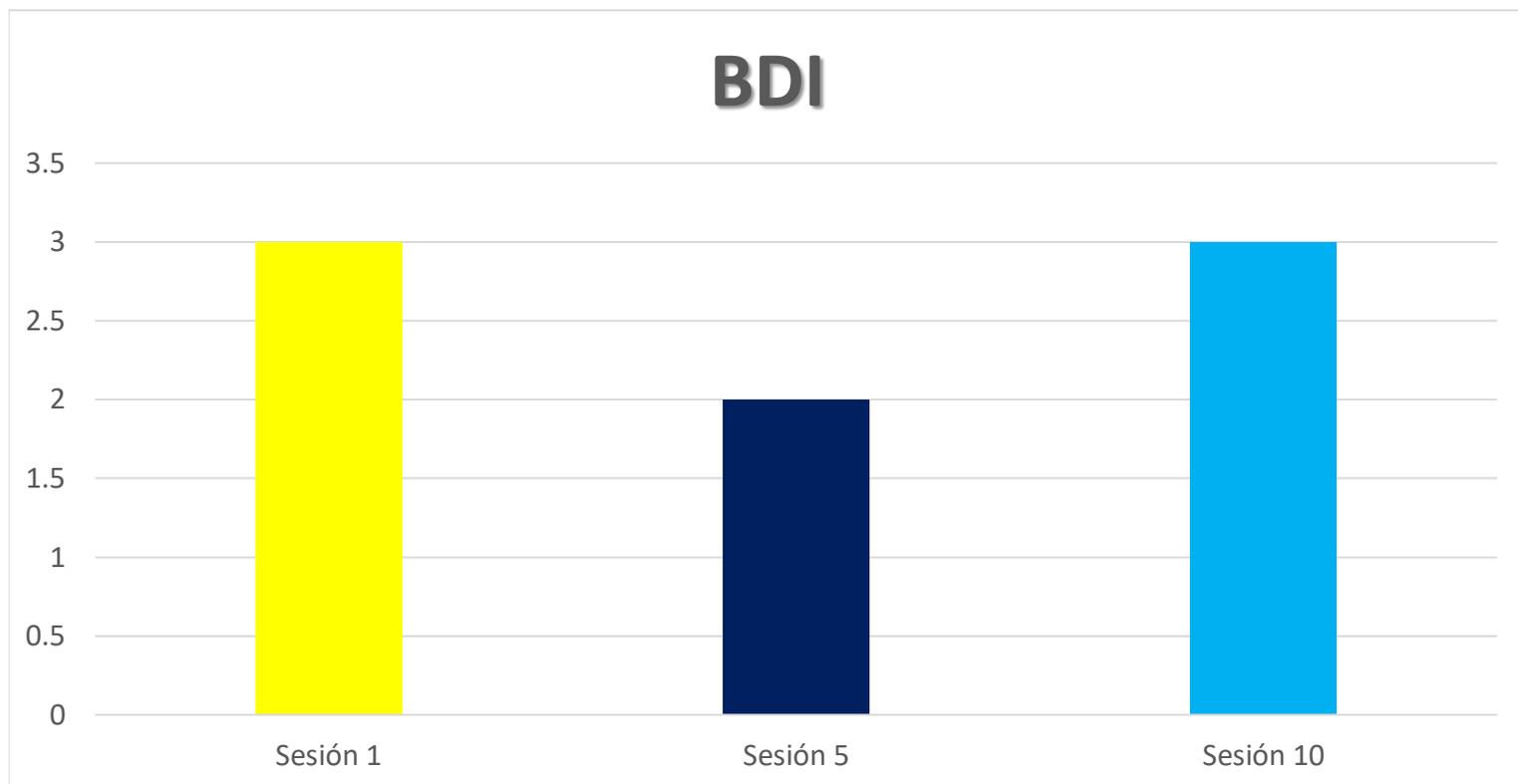
Elaboración propia

En la figura 1 podemos observar que hay un mejoramiento en su funcionamiento en lo que respecta a la relación con su familia, su salud física, así como su funcionamiento general. Se observa que en la parte social, áreas como trabajo, escuela y hogar, se mantiene en el mismo puntaje, sin embargo en cuanto a sus actividades libres, hay un aumento de malestar en el

funcionamiento, probablemente atribuido al aumento de presión tanto laboral, como académica que coincide con la fecha de la aplicación durante la sesión 5; Vivian reportó que el estrés laboral aumentó por la incertidumbre de cambios que se aproximaban para diciembre, por otro lado, la presión en la maestría que estudia, aumentó a nivel académico.

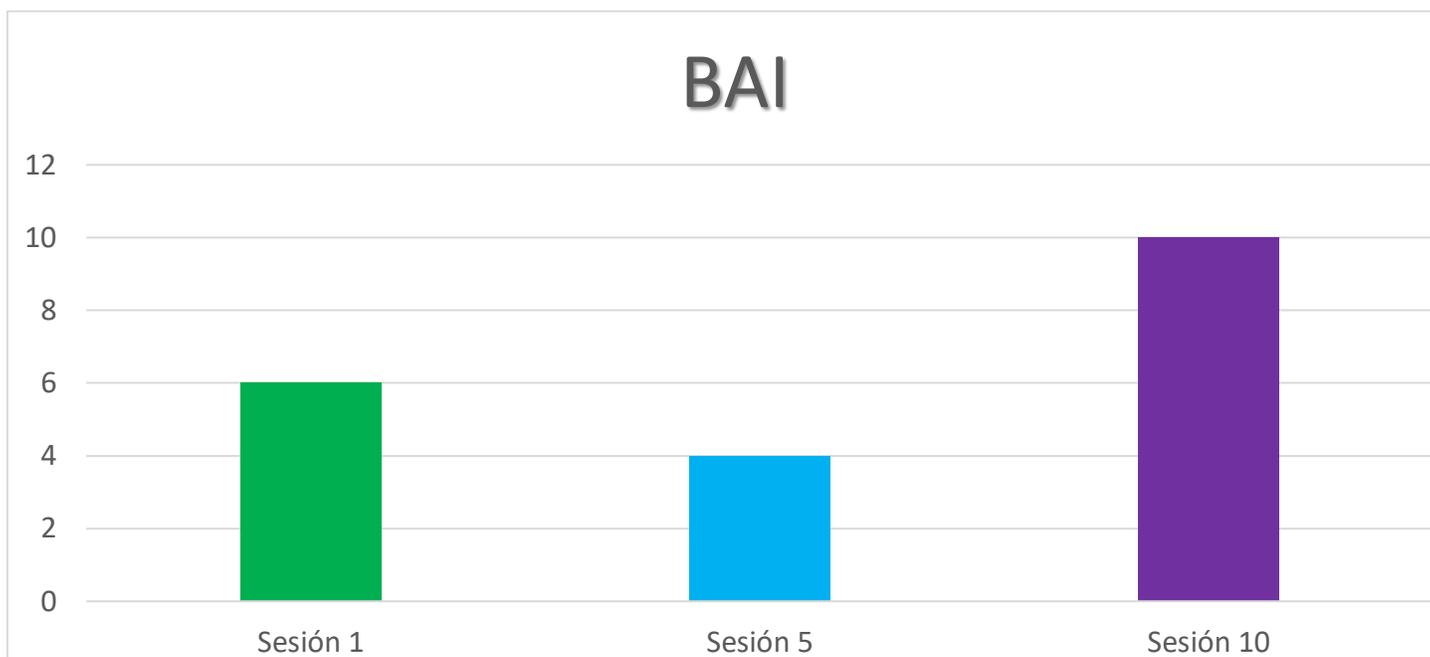
En cuanto a los resultados obtenidos tanto en el BAI, como en el BDI (Beck, 1998), podemos observar los siguientes:

Figura 2.
Resultados obtenidos en el instrumento BDI (Beck, 1998)



Elaboración Propia

Figura 3.
Resultados obtenidos en el instrumento BAI (Beck, 1998)

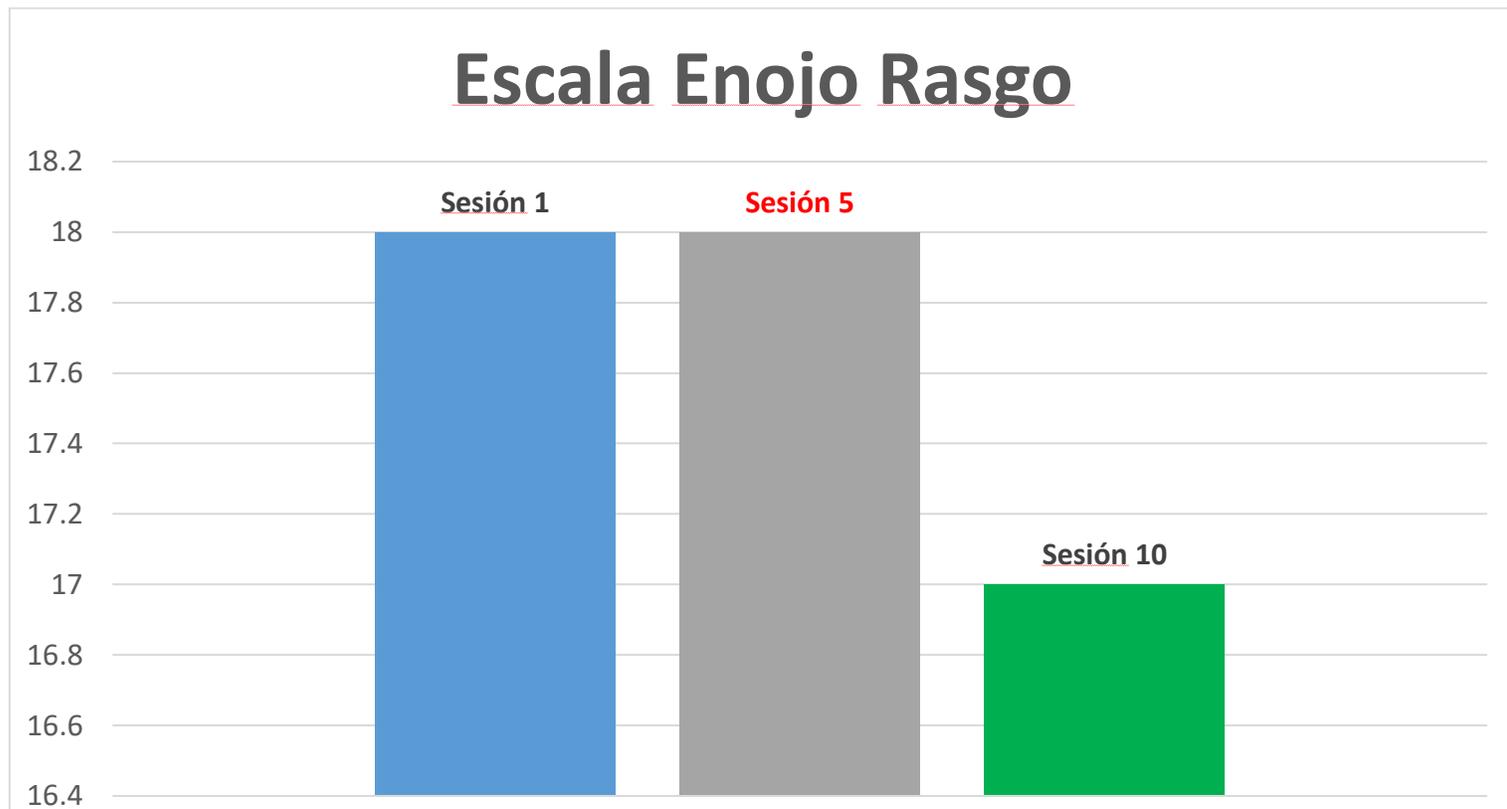


Elaboración propia.

En las figuras 2 y 3 podemos observar que la sintomatología disminuye ligeramente a partir de la 5ª sesión, cuando se empiezan a trabajar tanto el enojo, como la frustración, además de que se fortalece la alianza terapéutica, además de la confianza. Desde la 2ª sesión se trabajaron algunas técnicas para manejo de ansiedad, lo cual pudo haber favorecido a la reducción de los síntomas. Vivian comentó que había podido aplicar las técnicas de respiración en su trabajo, en casa, las cuales le hicieron sentir más tranquila.

En cuanto a la **Escala Enojo Rasgo** (Moscoso, 2002), podemos observar los siguientes resultados:

Figura 4.
Resultados obtenidos en la Escala Enojo Rasgo (Moscoso,2002)



Elaboración propia

Podemos observar en la figura 4, un aumento en la probabilidad de experimentar enojo, como resultados de trabajar de manera más explícita el enojo que había permanecido contenido o no externalizado. Lo cual indica que Vivian se da la oportunidad de empezar a hacer consciente su enojo para la sesión 5.

Discusión

El objetivo en este estudio de caso consistió en trabajar la externalización del enojo, además de las emociones referentes a la situación actual de Vivian, tanto a nivel familiar como laboral y personal, con el fin de reducir la sintomatología tanto de ansiedad, como de depresión; así como reconocer e identificar recursos intrapsíquicos en pro de un fortalecimiento yoico; aclarar los límites en su sistema familiar, fomentando así, una comunicación clara - directa. A partir de los resultados obtenidos de manera cualitativa, podemos inferir que se logró una externalización que permitió la expresión del enojo, tal como se propuso desde las técnicas

que promueve el enfoque Gestalt (Salama, 2012), una reducción de la ansiedad, además de la sintomatología depresiva, permite al paciente reconocer algunos de sus recursos yoicos, sin embargo, en este objetivo se podrían trabajar más adelante, ya que siguen presentándose algunas creencias, que se acompañan de situaciones que la conectan con la inseguridad, aunado de un sentimiento de vergüenza. Durante las sesiones Vivian fue externando el enojo, junto con la impotencia, de una manera más libre. Identificando los momentos en donde se presentan los pensamientos y sucesos que la conectan con estas dos figuras. Surgieron resistencias en cuanto a trabajar las idealizaciones que mantenían las expectativas respecto a su situación familiar. A partir de la externalización, redujeron los síntomas que la llevan a esa sobrecarga emocional. Los cambios más notorios son el aumento de su capacidad de insight, es decir, el darse cuenta (Salama, 2012) de cómo, cuándo, ante qué situaciones aparecen estancados tanto el enojo, como la impotencia. Además de empezar a llevar a distintos contextos, lo trabajado en las sesiones, tratando de externar necesidades de manera más clara sin evadir el conflicto en el trabajo; ha empezado a dialogar más con su padre. Ante la segunda medición se refleja la disminución de la sintomatología presentada al inicio. Es importante encaminar hacia la integración de la imagen de sus figuras parentales (devaluación – idealización), además de continuar trabajando recursos intrapsíquicos para trabajo de duelo, además de la ansiedad. Se logró el objetivo planteado en cuanto a la **externalización, a través del contacto con el enojo e impotencia**, en pro de la reducción de la sintomatología referente a ansiedad y depresión. El trabajar la sensibilización también aportó al proceso de **regulación de estrés**.

En cuanto a los límites dentro de su sistema familiar (Atri, 2006), fue un trabajo significativo, ya que, a partir de reconocer el lugar de sus padres, así como sus funciones dentro del sistema, pudo reconocer y aceptar mejor lo que su padre puede aportar, aún en sus condiciones físicas, lo cual le permitió acercarse un poco más, sintiendo mayor bienestar al momento de relacionarse a él. El enojo que sentía con respecto a la condición de su padre, dado que mamá tenía que “sacrificarse”, pudo también ser externado; esto le permitió ver otra perspectiva de la situación en cuanto a su sistema familiar. La comunicación clara - directa dentro del sistema, no se ha podido implementar de manera más constante, sin embargo, empieza a implementar algunas formas de comunicación más asertivas que le permiten interactuar de manera más fluida con sus padres.

Conclusión

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación cuantitativa se puede observar que entre la primera y la quinta sesión no hay un cambio significativo en todas las áreas de funcionamiento global, sin embargo, en tres de las escalas muestra una disminución de la sintomatología en cuanto a la sensación de malestar general en su vida, su salud física en general, además de su dinámica familiar (Alcázar-Olán, 2012). Por otro lado, en cuanto a la medición de las escalas de depresión y ansiedad (Beck, 1998) se observa un cambio ligeramente significativo en cuanto a la reducción de los síntomas que aparecían ante la crisis inicial que la lleva a buscar el apoyo psicoterapéutico. En cuanto a la Escala Enojo Rasgo se observa un aumento durante la sesión 5 (sesión muestra), en la cual se logra trabajar la externalización del enojo, además de la figura de impotencia ante la crisis familiar.

Cualitativamente hay un alcance en cuanto a objetivos terapéuticos tales como la identificación, experiencia de contacto, así como la externalización del enojo, haciendo conciencia del significado que estas emociones y pensamientos estaban teniendo en su vida y hacia qué conductas la estaban dirigiendo. Vivian ha empezado a concientizar una resignificación de la narrativa o discurso acerca de la crisis familiar que atraviesa junto con su familia. En cuanto a otros objetivos terapéuticos, además del objetivo general, el alcance ha sido parcial debido a que la paciente continúa el proceso terapéutico. Se encuentra correlación entre el número de sesiones aplicadas con la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, a partir de estos resultados se podría inferir que las técnicas tanto gestálticas, como sistémicas, desde el enfoque integrativo, favorecieron a la mejora en los síntomas que presenta la paciente elegida para la sistematización del caso clínico abordado.

Referencias

- Alcázar-Olán, R. (2012). Escala Global. Puebla: Universidad Iberoamericana de Puebla (Inédita).
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Ander Egg, Ezequiel. (1999). Diccionario de pedagogía. Buenos Aires: Editorial Magisterio del Río de la Plata.
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica Y Salud*, 16(1). doi: 1130-5274
- Alexander y French (1956). *Psychoanalytic Therapy*. E.U.A.: Ronald Press.
- Arcus, M. E.;Schvaneveldt, J. D. y Moss, J. J. (1993). *Handbook of family life education. Foundations of family life education. Vol I*. Newbury Park: Sage.
- Atril, y Zetune R. (2006). Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF), en: Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Velasco, Campos M. L. y Luna, Portilla M. del R., compiladoras. México: Pax.
- Beavers, W. R. y Hampson, R. B. (1995). *Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T., & Emery, G. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias: Una perspectiva cognitiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). *Terapia Sistémica Individual* (1a ed.). Londres: Karnac Books.
- Camilo Plata Caviedes, J. (2007). Investigación cualitativa y cuantitativa: una revisión del qué y el cómo para acumular conocimiento sobre lo social. *Universitas Humanistica*, (64), 215–226. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=33189737&site=ehost-live>
- De Andrea, N. G. (2010). Perspectivas cualitativa y cuantitativa en investigación ¿inconmensurables? *Fundamentos En Humanidades*, 11(21), 53–66. Revisado en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=55418693&site=ehost-live>
- Epstein, N.B.; Baldwin, L. M. y Bishop D.S. (1983). The Mc- Master Model of Family Functioning: a view of the normal family, en Walsh, F. *Normal family processes*. New York: Guilford Press.

- Erikson, Erik. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
- Esbec, E.; Echeburúa, E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 1–11, 2011. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=59509856&site=ehost-live>>. Acceso em: 1 abr. 2019.
- Girón, S (2007). *La Terapia Familiar en el Alcoholismo*. En línea: https://www.researchgate.net/publication/280556899_LA_TERAPIA_FAMILIAR_EN_EL_ALCOHOLISMO
- Gordillo Álvarez-Valdés, Lourdes. (2009). Sartre: la conciencia como libertad infinita. *Tópicos (México)*, (37), 09-29. Recuperado en 24 de abril de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-66492009000200001&lng=es&tlng=es.
- Guerra, F. X. Z., Pérez, M. M., Cordero, M. E. A., & Padilla, A. L. Á. (2016). Relación entre alcoholismo, el funcionamiento familiar y otras afecciones psicológicas. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, 23(2), 112–123. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=122745455&site=ehost-live>
- Ludwig Von Bertalanffy. (1989). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de cultura económica.
- Márquez, L. (2019). *La Supervisión en Psicoterapia*. Retrieved from <https://dspace.palermo.edu:8443/bitstream/handle/10226/1006/Marquez%2C%20Liliana.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
- Martín, A. (2007). *Manual práctico de psicoterapia Gestalt*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rosado, María. (2007). El enfoque integrativo en psicoterapia. *Psicología y Educación*, 1(2), 42–50. Disponible en: <http://www.iesdi.org/Maestrias/EstTer2/Materiales/Material%20Teorico%20de%20Apoyo/Elenfoque%20integrativo%20de%20la%20psicoterapia%20Mar%20Rosado%20y%2>
- Salama Penhos, H., & Villareal B, R. (1988). *El enfoque Gestalt*. México: El Manual Moderno.
- Salama Penhos, H. (2012). *Gestalt 2.0. actualización en psicoterapia gestalt*. Ciudad de México: Alfaomega Grupo Editor S.A. de C.V.
- Scandar, M. (2014, June). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*, 14(1), 69-84. ISSN:1515–22
- Úrzua, A., Arbach, K., Lourido, M., & Mas, N. (2010). La directividad en la relación terapéutica: análisis de la evidencia encontrada en investigación. *Terapia Psicológica*, 28(1). doi: 10.4067/S0718
- Zinker, J. (1991). *El proceso creativo en la terapia gestaltica*. México: Paidós.