

El padre ideal. Resignificando la ausencia. Estudio de caso clínico sobre trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva desde el enfoque sistémico

Álvarez Rojas, Carmen María

2024

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/6094>

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

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



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

**EL PADRE IDEAL: RESIGNIFICANDO LA AUSENCIA. ESTUDIO DE CASO
CLÍNICO SOBRE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVA
DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO.**

PRESENTA

Carmen María Álvarez Rojas

Que para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Directora: Dra. María de Lourdes Carrillo Árcega

Índice

Introducción	8
Sistematización de Intervención en la Práctica Clínica.....	8
Supervisión en Psicoterapia.....	9
Psicoterapia.....	10
Psicoterapia Presencial	11
Psicoterapia Virtual	11
Estudio de Caso	13
Enfoque de Intervención y Supervisión Sistémica.....	14
Síntomas y trastornos abordados.....	15
Objetivos	16
General.....	16
Específicos.....	16
Objetivos terapéuticos	17
Datos de identificación del Usuario	17
Motivo de Consulta.....	18
Instrumentos para Evaluar a la Cliente	19
Instrumentos Cuantitativos.....	19
Técnicas de evaluación cualitativas.....	29
Diagnóstico.....	30
Formulación del Caso Clínico con Base en el Enfoque Terapéutico empleado	33
Elección del Tratamiento	40
Terapia Breve:	41
Modelo estructural:.....	42

Estratégico:	45
Terapia Narrativa:	47
Implementación del Tratamiento	50
Ejemplo de informe de sesión	52
Preguntas reflexivas:	52
Circularidad:	52
Hipótesis:	53
Remarcar fortalezas:	54
Complementariedad:	54
Resultado:	55
Método	55
Diseño:	55
Criterios de inclusión:	56
Criterios de exclusión:	56
Criterios de eliminación:	56
Consideraciones éticas:	57
Resultados del Tratamiento	57
Resultados cuantitativos	58
Resultados cualitativos	63
La persona del Terapeuta	67
Sugerencias para terapeutas en formación	69
Discusión	70
Referencias	75

Índice de tablas

Tabla 1: Ficha de identificación del usuario.....	17
Tabla 2: Escala Global.....	20
Tabla 3: La escala de Enojo Rago	21
Tabla 4: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	22
Tabla 5: Inventario de Ansiedad de Beck.....	24
Tabla 6: AUDIT. Cuestionario de identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol	26
Tabla 7: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2)	28
Tabla 8: Diagnóstico multiaxial (APA, 2002).....	31
Tabla 9: 305.00 Trastorno por consumo de alcohol (En remisión continuada)	31
Tabla 10: 301.4 Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva	32
Tabla 11: Simulación del milagro	41
Tabla 12: Técnica de excepciones.....	41
Tabla 13: Restructuración / Complementariedad	42
Tabla 14: Cambio de visión / Remarcar fortalezas	43
Tabla 15: Cambio de visión / Modificar constructos cognitivos.....	44
Tabla 16: Señalar las interacciones que mantienen el problema.....	44
Tabla 17: Connotación positiva.....	45

Tabla 18: Técnicas diagnósticas preguntando / preguntas circulares.....	46
Tabla 19: Hipótesis.....	47
Tabla 20: Preguntas reflexivas	48
Tabla 21: Metáfora	48
Tabla 22: Psicoeducación.....	49
Tabla 23: Esquema de la aplicación del tratamiento.....	50
Tabla 24: Resultados MMPI-2	61
Tabla 25: Resultados AUDIT.....	62
Tabla 26: Resultados explicitados por el usuario	66

Índice de figuras

Figura 1: Ecomapa del usuario 2023.....	34
Figura 2: Genograma del usuario 2023	35
Figura 3: Escala Global.	58
Figura 4: Escala Enojo-Rasgo.	59
Figura 5: Inventario de depresión de Beck (BDI).	60
Figura 6: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	60

Resumen

Se presenta un estudio de caso clínico sobre un hombre de 45 años con sintomatología del trastorno de personalidad obsesivo compulsivo bajo el tratamiento y supervisión en línea del enfoque sistémico durante 13 sesiones más una sesión de seguimiento. Se pone atención a la ausencia de las figuras parentales y cómo esto genera implicaciones en el desarrollo de la personalidad y desarrollo de la vida familiar adulta. Se buscó realizar una intervención desde la postura despatologizante del modelo sistémico analizando y conectando los distintos sistemas de los que forma parte el usuario, para llegar a una comprensión y abordaje profundo del malestar del sujeto sin enfocar la atención en el diagnóstico o síntoma. A lo largo del documento se sistematiza el procedimiento, compartiendo los objetivos, instrumentos de evaluación, tratamiento, resultados, discusión y recomendaciones para terapeutas en formación. En cuanto a los resultados cuantitativos obtenidos con la batería de pruebas aplicada se pudo observar una disminución de los puntajes, aspecto benéfico para el usuario en su funcionamiento global, en la escala enojo-rasgo, ansiedad y depresión. De forma cualitativa, el sujeto reporta lograr una mejora en la forma de comunicarse, en flexibilizar sus rasgos de personalidad, translaborar su rol de padre, logrando un equilibrio entre normas rígidas y flexibles con sus hijos, romper con patrones familiares y entender el origen de su conducta para poder transformarla. Bien parece que no centrarse en el síntoma y verlo de forma amplia fue de efectividad para los resultados del tratamiento.

Palabras clave: Trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, Psicoterapia sistémica, rol paterno, estudio de caso basado en la evidencia.

Abstract

A clinical case study is presented on a 45-year-old man with symptoms of obsessive-compulsive personality disorder under the treatment and online supervision of the systemic approach during 13 sessions. Focus on the absence of parental figures and its implications for personality development and adult family life evolution. The purpose was to intervene by analyzing and connecting the different systems of which the user is a part, rather than focusing solely on the diagnosis or symptom, in order to achieve a profound understanding and approach to the subject's discomfort. Throughout this document the procedure is systematized, sharing the objectives, evaluation instruments, treatment, results, discussion, and recommendations for therapists in training. Talking about the quantitative results obtained looking through the battery of tests applied, it was shown a decrease for the benefit for the user in their global functioning, the anger-trait, anxiety and depression scale. Qualitatively, the subject reports achieving an improvement in the way he communicates, making his personality traits more flexible, managing his role as a father, achieving a balance between rigid and diffuse norms with his children, breaking with family patterns and understanding the origin of their behavior in order to transform it. It seems that not focusing on the symptom and seeing it with a bigger approach was effective for the results of the treatment.

Key words: Obsessive compulsive personality disorder, systemic psychotherapy, evidence-based case study, paternal role.

Introducción

Este trabajo busca construir y diseminar un estudio de caso clínico abordado desde la psicoterapia y supervisión sistémica en modalidad virtual realizado en la Universidad Iberoamericana Puebla. Se describe la eficiencia y áreas de oportunidad, tanto de la terapeuta como de la aplicación del enfoque sistémico para el tratamiento de un usuario que llega a consulta por problemas familiares con su esposa e hijos a causa de su desesperación por el orden y la limpieza.

El presente estudio describirá el método utilizado para el tratamiento del usuario, incluyendo la descripción del caso, las hipótesis sistémicas que se fueron construyendo para analizar la coherencia de los síntomas presentados por el usuario; así como la medición clínica para identificar los avances obtenidos, técnicas utilizadas, y los resultados obtenidos de dicho procedimiento.

En el transcurso de las sesiones, se fue logrando identificar conexiones con los distintos sistemas de los que el usuario forma parte; por tanto, se aborda el cómo la ausencia del padre a una edad temprana genera ciertas conductas y síntomas en la relación con su familia actual.

El presente estudio de caso se articula bajo los siguientes ejes:

Sistematización de Intervención en la Práctica Clínica

De acuerdo con Verger (2007) la sistematización se define como un procedimiento que reflexiona y analiza una intervención con el fin de explicar y comprender dicha aplicación. El conocimiento obtenido informa y discute con otras aportaciones teóricas,

apoyando la reflexión, interpretación y reconstrucción de los componentes teóricos y prácticos en el ámbito clínico.

Tal como lo plantea Jara (1998, p. 10) la sistematización nos brinda una hermenéutica crítica de experiencias, brindando un orden lógico del procedimiento de la investigación y la intervención, explicando factores que suman a la problemática, la lógica de dicho proceso y cómo éstos se relacionen entre sí.

Supervisión en Psicoterapia

El concepto de la Supervisión surge del campo médico, con la premisa de la búsqueda de un profesional experto que competentemente pudiera evaluar el proceso de los tratamientos y las habilidades de los profesionistas a su cargo (Fernández, 2011, p. 1).

Hernández (2007, p. 286) propone que tanto la psicoterapia, como la supervisión, son medios para poder generar cambio. En la psicoterapia el cambio se mueve a partir de la disconformidad del usuario con algunas situaciones cotidianas. En la supervisión formativa, el terapeuta busca aprender un nuevo modelo de intervención, convirtiéndose en un proceso transformativo, por tanto, en ambos se aprecia el proceso de cambio por medio del aprendizaje.

Así bien, la supervisión se brinda como una herramienta para el terapeuta, con el fin de poder ser acompañado hacia el camino de la toma de decisiones en cuanto a la elección del enfoque e intervención, dotándolo de confianza, cuidado y respeto consigo mismo y con sus pacientes (Daskal, 2023).

Psicoterapia

La psicoterapia es un procedimiento que requiere tener un conocimiento teórico e histórico, sin embargo, es fundamental la conciencia que se necesita para colaborar con las historias de vida de otros, tomando como valores importantes la responsabilidad y el profesionalismo, poniéndole énfasis al proceso más que al producto como tal. (Caro, 2018, p. 178)

El campo de la psicoterapia se caracteriza por diferentes enfoques y diversas tendencias terapéuticas, haciéndola una práctica compleja. Para lograr ejercer dicha profesión se requiere de tener apertura al cambio, trabajo personal, ampliar el conocimiento en múltiples métodos y técnicas, desarrollar habilidades que brinden confianza al usuario, así como identificar de forma profunda las problemáticas del consultante. (Caro, 2018, p. 178).

De acuerdo con Benito (2009, p. 2) para que una intervención sea considerada psicoterapéutica debe basar su participación en una teoría científica para el funcionamiento de cambio conductual y psicológico de las personas, por medio de técnicas, capacidades o herramientas que promuevan una mejora en el motivo de consulta que brinde el usuario. Es deseable que el cambio no solo se genere durante el proceso terapéutico, sino que se pueda trasladar a su vida la mayor parte del tiempo.

Garb (2000, p. 2) propone que las personas que acuden a un proceso psicoterapia encuentren en los profesionales una formación integral y actualizada, logrando de forma eficiente la resolución de los problemas de quienes buscan este servicio, evitando sesgos y condiciones que pongan en iatrogenia el bienestar del usuario, como cuando se toman

prácticas arbitrarias que desestiman el conocimiento y a las herramientas de uso y efectividad demostradas.

Psicoterapia Presencial

Para definir la psicoterapia, se requiere de la participación del usuario y el terapeuta. El consultante presenta algún malestar o sensación insatisfactoria teniendo una falta de recursos para resolver dicho problema. Por otro lado, el terapeuta, que cuenta con una formación, habilidad y experiencia, genera una interacción para comprender y brindar herramientas al usuario para el bienestar de la sintomatología presentada. (Bernstein y Nietzel, 1982). Ambos participantes dirigen su energía para concretar un plan de acción para resolver el malestar del consultante.

Satir (1998), expresa su visión de la terapia, como una forma en la que el usuario pueda sacar a la luz sus propios recursos y poder vivir de forma plena. Así mismo, propone que en el espacio terapéutico se busque una forma de canalizar la energía

Wienberg y Rolnick (2020), resaltan que la terapia presencial genera una profundización en la privacidad e intimidad a comparación de la terapia en línea. Destacan que la proximidad y la presencia son factores que brindan efectividad para la interacción entre el usuario y el terapeuta.

Psicoterapia Virtual

En la actualidad la modalidad en línea ha tenido mayor auge y el incremento de investigaciones que abordan las ventajas y desventajas de ambos métodos propicia datos útiles para considerar en el trabajo terapéutico. Correa, Braz, Dos Santos y Oliveira (2023)

mencionan que en el proceso de transición durante la pandemia COVID – 19 en el 2020, los terapeutas mostraban desconfianza en la efectividad de la modalidad en línea debido a que la formación y experiencia estaba centrada en los encuentros presenciales

Rodríguez et al. (2021) realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, para investigar la adaptabilidad de profesionales de la salud a la atención online. Se encontró que la dificultad más común al ejercer dicha atención, fueron las interrupciones o ruidos cuando el servicio se llevaba a cabo en el hogar, así como un mal funcionamiento de la red Wi-fi. Parte de los terapeutas señalaron mayor cansancio a diferencia de la consulta presencial. Algunas de las ventajas que se hallaron en la terapia en línea fueron: la ganancia de tiempos en los viajes, mayor disponibilidad de horarios y ahorro de gastos.

Wienberg y Rolnick (2020) hacen una observación importante a resaltar; proponen evitar la desintegración de la psicoterapia presencial y en línea al reconocer una terapia más útil que otra y reconocer cuáles son las facilidades y dificultades que cada una presenta y ocupar esta información según la especificidad del encuentro con las personas que como terapeutas atendemos con el objetivo de atender las diferencias y dificultades que ambas modalidades puedan exponer; así como reconocer la utilidad que cada una posibilita y que dicha integración pueda facilitar al terapeuta ampliar sus recursos y habilidades que le permiten estar inmerso en los procesos terapéuticos.

La llegada de la psicoterapia virtual generó cuestionamientos e inquietudes en los profesionales, sobre su eficiencia y metodología. Andrade et al. (2021) sugiere que algunos aspectos fundamentales que se proponen para llevar a cabo dicha intervención son la construcción de la alianza terapéutica, los principios éticos y de confidencialidad, así como

brindar el encuadre donde se expongan las propuestas y límites de la relación terapéutica. Gomes y Araújo (2016) describen que a través de herramientas como la empatía, confianza, rapport y escucha activa es posible construir una buena alianza con el usuario en una intervención online.

Pérez (2021) habla de que muchos usuarios suelen tener una buena adaptación a la terapia en línea, al reducir el tiempo invertido en transporte, poder tener el beneficio de tomar sesión desde la comodidad de su casa, sin embargo, para otras personas algunas de las inquietudes son la confidencialidad de las personas que estén alrededor del espacio, y no poder tener todo el dominio del ambiente.

Algunas de los aspectos positivos de tomar este tipo de terapia incluyen el favorecimiento de la autonomía del usuario y terapeuta, mayor apertura y honestidad durante las sesiones, así como la posibilidad de que algunas personas asistan a terapia que de otra forma no podrían hacerlo (Vásquez, 2012).

Estudio de Caso

Stake (1999, p. 11) describe que lo que se busca al momento de realizar un estudio de caso es abordar la complejidad específica de ese suceso, persona, o acontecimiento. Se espera encontrar el detalle de cada contexto y comprender su circunstancialidad.

La mayoría de las veces se considera a los estudios de caso como un método cualitativo de investigación, sin embargo, Starman (2013, p. 30) sugiere que, pueden desarrollarse de forma cuantitativa o combinada.

Dentro de los diferentes métodos para abordar un estudio de caso de encuentran los estudios diacrónicos, donde se busca representar los cambios a lo largo del tiempo, similares a los estudios longitudinales. Este tipo de estudio es el que se utiliza con frecuencia en la investigación del proceso psicoterapéutico. (Scandar, 2014, p. 73).

Iwakabe y Gazzola (2009, p. 602) describen los estudios de casos clínicos, refiriendo que estos forman parte de la narrativa de los terapeutas sobre lo que sucede en el desarrollo del tratamiento, junto con la interpretación de los resultados de la práctica terapéutica con los usuarios. De forma muy interesante Norcross et al. (2006), identificó que gran parte de los enfoques de la psicoterapia no se desarrollado en laboratorios, sino por medio de la observación clínica y las intervenciones creativas, que dieron resultados mucho antes que en estudios o investigaciones más controladas.

Carlson (2012) como se citó en De Vicente-Colomina, Santamaría y González-Ordi (2020), comparte que los estudios de caso basados en la evidencia presentan la relación entre el terapeuta y paciente, buscando estandarización en los procesos que promueven el cambio, reportando las evaluaciones y resultados durante el tratamiento bajo un análisis clínico.

Enfoque de Intervención y Supervisión Sistémica

Como lo trasmite Márquez (2013, p. 3) el enfoque sistémico de Terapia Breve Estratégica ha aportado a la práctica de la supervisión una gran herramienta en la construcción de la formación profesional y el trabajo terapéutico. Este modelo de intervención se basa en el principio de la interacción de los sistemas, así la supervisión

terapéutica, promueve tener distintas perspectivas al momento de observar, describir y analizar, con el fin de concretar la tarea del terapeuta y del proceso psicoterapéutico.

Se habla de que dicho enfoque, genera un cambio profundo, comunicando a los diferentes sistemas y colocando al terapeuta dentro de éstos, jugando un importante papel haciendo que la supervisión como tal funja un rol más en dicho sistema (Márquez, 2013, pp. 3-4).

Esta intervención, más allá de enfocarse en la descripción del diagnóstico, tiene la finalidad de entender el cómo funciona la patología a resolver, encontrando la coherencia detrás del problema, y se propone que existe una tendencia natural en el sistema para mantener el patrón de conducta disfuncional, de esta forma el terapeuta por medio de las técnicas terapéuticas modifica dichas estructuras (De la Cruz, 2022).

Síntomas y trastornos abordados

- Control
- Rigidez
- Comunicación agresiva
- Desesperación
- Perfeccionismo
- Alcoholismo
- Trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo

Comorbilidad no abordada y por descartar en un diagnóstico diferencial:

- Ciclotimia y/o Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad

Objetivos

El presente trabajo planteará objetivos tanto del ejercicio de sistematización para este caso clínico y también se hablarán de los objetivos terapéuticos establecidos en conjunto con el usuario.

General

- Sistematizar un estudio de caso Clínico sobre trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva y su afectación en la vida familiar en un sujeto de 45 años, supervisado desde la psicoterapia sistémica.

Específicos

- Proponer un tratamiento para la sintomatología del usuario
- Analizar las variaciones de los puntajes obtenidos por el usuario, en las distintas pruebas entre las cuales: Escala Global, La Escala de Enojo Rasgo, Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck. Administradas a lo largo del proceso psicoterapéutico
- Comprender los puntajes registrados por el usuario en la única aplicación de los siguientes instrumentos: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2) y Cuestionario de identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).

Objetivos terapéuticos

- Translaborar su rol de padre.
- Construir habilidades de comunicación asertiva
- Definir la coherencia del síntoma
- Reconstruir su Yo en pareja.
- Redefinir la ausencia del padre.
- Encontrar patrones familiares y diferenciar su conducta de la de sus padres
- Flexibilizar sus rasgos obsesivos

Datos de identificación del Usuario

Tabla 1

Ficha de identificación del usuario.

Sexo	Hombre
Edad	45 años
Ocupación	Encargado de almacén médico
Estado Civil	Casado
Religión	Cristiano / católico
Lugar de Origen	Puebla
Lugar de Residencia	Puebla

Nota: Elaboración propia.

Se observan como rasgos fisiológicos y fenomenológicos a un hombre de cabello corto, bien peinado, labios delgados, con buena higiene personal, rasurado, tono de voz

media-baja, habla de forma rápida, suele tener pequeñas sonrisas a lo largo de su discurso. Cuando se le hacen preguntas de tipo reflexivas suele reírse y decir cosas como “ya me vas a sacar la verdad”, a menudo levanta las cejas, en su lenguaje habla de mucha disposición al cambio, y tiende a asignarse tareas a él mismo durante la sesión.

Motivo de Consulta

El usuario (cuando hablemos del sujeto estudiado nos referiremos a él como “usuario”) refiere en la primera consulta:

- “Empezamos a tener problemas porque yo era muy desesperado en el orden, también en cómo tratar a los niños conforme a su orden, mi esposa dice que me desespero muy rápido. Comenzó desde al año pasado, ella dice que más tiempo. Ya empecé a darme cuenta y sí me desespero un poco más, no me gusta que el ambiente no esté limpio, o que de repente le digo algo a los niños y que me digan “ay ahorita” y la forma en la que les digo lo que tienen que hacer no es la correcta, bueno es lo que me dice mi esposa. Me gustaría no ser tan estricto y ver qué puedo ordenar, revisar, modificar para cambiarlo, para sentirme mejor con mi esposa y mis hijos. Cuando intento prevenir cosas la gente me dice que exagero o que digo cosas de más, o el cómo lo digo.”

Durante la primera consulta el usuario menciona algunas situaciones significativas, como el hecho de que hace 2 años él se dio cuenta que le gustaba hacer todos los quehaceres del hogar y se percató que no era bueno para sus hijos porque no sabían hacer nada. Su esposa le dijo que ya se había vuelto alcohólico, mencionándole que se torna agresivo y que pierde la noción de lo que hace, por lo que él decidió a ir a Alcohólicos

anónimos; eso ha generado que frecuente menos a sus amistades y que solo beba alcohol cuando está su esposa. Cuando llegan a tener conflictos de pareja, suele salirse de casa desde 1 noche, hasta 15 días.

El usuario refiere que asistió a terapia hace 14 años tras una ruptura de pareja encontrándose con el motivo de sanar los efectos de la ausencia de su padre quien falleció cuando él tenía 9 años. Este proceso lo acompañó a poder salir de la relación donde se sentía agredido y aprendió a establecer límites.

Instrumentos para Evaluar a la Cliente

Instrumentos Cuantitativos

En el transcurso del tratamiento se aplicó una batería de pruebas al usuario, en sesiones 1, 5 y 10 con el fin de observar los cambios en dichos padecimientos. Los inventarios utilizados fueron: Escala Global, escala Enojo-rasgo, Inventario de depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck.

Así, mismo se le aplicó el Cuestionario AUDIT (Tabla 6) para la detección del consumo de alcohol, con el fin de identificar si aun aparecía sintomatología en el usuario, éste se aplicó en la sesión 11.

Previo a la sesión de seguimiento se aplicó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2) (Tabla 7) teniendo la finalidad de afinar el diagnóstico final y

comunicarle al usuario los puntos que serían importantes a tomar en cuenta para su trabajo personal a futuro.

A continuación, se describen los instrumentos anteriormente mencionados:

Tabla 2

Escala Global

Autor:	Alcázar Olán, José Raúl. 2014
Estandarización para México:	Alcázar Olán, José Raúl. 2014
Mide:	Evalúa el funcionamiento del sujeto en distintos ámbitos de la vida: escolar, laboral, relaciones interpersonales, sexualidad, etc.
Formato de aplicación:	Es escala tipo Likert. Autoadministrado
Número de ítems:	7
Puntos de corte:	1 = Nada afectada, 2 = Casi nada afectada, 3= Poco afectada, 4 = Regularmente afectada, 5 = Muy afectada, 6 = Está siendo afectad
Ejemplo ítems	Mi relación con mi familia está siendo perjudicadas...

Nota: Elaboración propia, con base en Alcázar-Olán, 2014.

Escala Global. Esta prueba (tabla 2) evalúa el funcionamiento de la persona en diferentes ámbitos de vida: sexualidad, laboral/escolar, familiar y social. Creada y estandarizada en México por Alcázar Olán en 2014.

Se conforma por una escala tipo Likert de siete ítems. Dichas áreas se puntúan del 1 al 6 donde 1 es igual a “Nada afectada”, 2 “Casi nada afectada”, 3 “Poco afectada” 4, “Regularmente afectada”, 5 “Muy afectada”, 6 “Está siendo afectada muchísimo”.

Es un instrumento que se aplica de forma autoadministrada, y se toma en cuenta el sentir del individuo a partir de dos semanas antes de la evaluación. La forma de evaluarla se lleva a cabo por la sumatoria de cada ítem, a mayor la puntuación, mayor la afectación. 6 sería la puntuación más baja y 42 la más alta.

Estos son algunos de los reactivos:

1. Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada...
2. Mi funcionamiento en el trabajo/ escuela/ labores del hogar está siendo perjudicado...
3. Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas...

Tabla 3

La escala de Enojo Rasgo

Autor:	Spielberg, Charles D. 1999
Estandarización para México:	Alcázar Olán, José Raúl. 2011
Mide:	La expresión, el control y la experiencia de la ira a través del tiempo e intensidad; incluyendo las ideas de venganza y pensamientos peyorativos.

Formato de aplicación:	Autoinforme
Número de ítems:	10
Puntos de corte:	1 = Casi nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Frecuentemente, 4 = Casi siempre
Ejemplo ítems	Me pongo furioso cuando me critica delante de los demás.

Nota: Elaboración propia, con base en Alcázar Olán, 2011

La escala de Enojo Rasgo. Este instrumento (Tabla 3) tiene como fin medir la expresión, control y experiencia de la ira en el sujeto. Fue elaborada por Charles D. Spielberg en 1999 y estandarizada en población mexicana por Raúl Alcázar Olán en 2011.

Está compuesta por una escala Likert de 10 ítems, cada uno de éstos se responden en un rango donde 1 es igual a casi nunca, 2 a algunas veces, 3 a frecuentemente y 4 a casi siempre. Es aplicado en forma de autoadministración.

La forma de evaluarla es sumando el total de los ítems; una puntuación de 10 a 16 implica un nivel bajo de enojo, del 17 al 22 un nivel promedio y del 23 al 40 un nivel alto.

Algunos ejemplos de reactivos son los siguientes:

1. Soy muy temperamental (enojón)
2. Tengo un carácter irritable
3. Exploto fácilmente
4. Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado

Tabla 4

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Autor:	Beck, Aaron T., Steer, Robert A., & Brown, Gregory K. 1961
Estandarización para México:	Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela. 1998.
Mide:	La intensidad y la profundidad de los síntomas de la depresión, tomando en cuenta los criterios de los trastornos depresivos del DSM-IV.
Formato de aplicación:	Autoadministración o manera de entrevista.
Número de ítems:	21
Puntos de corte:	Se evalúa del 0 al 3 y cada corte varía de acuerdo con el ítem.
Ejemplo ítems	0 Yo no me siento triste 1 Me siento triste 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

Nota: Elaboración propia, con base en Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998.

Inventario de depresión de Beck (BDI). El instrumento (tabla 4) fue generado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en 1961. Posteriormente fue estandarizado en población mexicana por Samuel Jurado, Ma. Enedina Villegas, Lourdes Méndez, Fabiola Rodríguez, Verónica Loperena y Rubén Varela en 1988.

Éste tiene el fin de identificar los síntomas somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales en usuarios con depresión. Puede aplicarse a adultos u adolescentes a partir de los 13 años.

La prueba consta de 21 ítems en escala Likert, cada categoría cuenta con 4 afirmaciones relacionados con la pérdida de placer, la culpa, irritabilidad, tristeza, desesperanza, pensamientos suicidas, síntomas físicos, etc. Se suma el puntaje de cada sección y se puede obtener un total que varía de 0 a 63.

- Depresión ausente o mínima: puntuación de 0 – 9
- Depresión leve: puntuación de 10 – 16
- Depresión moderada: puntuación de 17 - 29
- Depresión grave: puntuación de 30 – 63

A continuación, algunos ejemplos de reactivos:

0 Puedo trabajar tan bien como antes.

1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.

2 Tengo que obligarme para hacer algo.

3 Yo no puedo hacer ningún trabajo.

0 Puedo dormir tan bien como antes.

1 Yo no duermo tan bien como solía hacerlo.

2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.

3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.

Tabla 5

Inventario de Ansiedad de Beck

Autor:	Beck, Aaron T. y Steer, Robert A. 1988
Estandarización para México:	Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y F. Páez. 2001
Mide:	Los síntomas y niveles de ansiedad, diferenciándose de las características de la depresión. Tomando en cuenta la sintomatología de los trastornos de pánico y la ansiedad generalizada.
Formato de aplicación:	Autoinforme
Número de ítems:	21
Puntos de corte:	Se evalúa en una escala del 0 al 3. 0 = Poco o nada 1 = Más o menos 2 = Moderadamente 3 = Severamente
Ejemplo ítems	Dificultad para respirar

Nota: Elaboración propia, con base en Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001.

Inventario de ansiedad de Beck. Creado por Beck y Steer en 1988. Adaptado al español para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez en 2001. Esta prueba (tabla 5) busca mediar el grado de ansiedad, así como los diferentes síntomas que puede presentar el individuo, basándose en los criterios sintomáticos del DSM -IV -R.

Este instrumento es de tipo Likert, se aplica a los adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Los 21 ítems con los que cuenta describen síntomas de la ansiedad; cada uno

de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3, donde 0 = poco o nada, 1 = más o menos, 2 = moderadamente, 3 = severamente. Su aplicación es en formato auto informado.

Para evaluar dicha prueba, se suman cada una de las categorías y se obtiene un rango de puntuación de 0 a 63; 0 - 21 implicaría ansiedad muy baja, 22 - 35 ansiedad moderada y más de 36 ansiedad severa.

Ejemplos de reactivos:

1. Sentir oleadas de calor.
2. Debilitamiento de piernas.
3. Dificultad para relajarse.
4. Miedo a que pase lo peor.

Tabla 6

AUDIT. Cuestionario de identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol

Autor:	OMS, 2001
Estandarización para México:	Juan Ramón de la Fuente, David Kershenobich, 1992
Mide:	El consumo de alcohol de la persona, evaluando la cantidad, frecuencia y consecuencias durante los últimos 12 meses. Los resultados arrojan el nivel de riesgo
Formato de aplicación:	Autoinforme
Número de ítems:	10

Puntos de corte:	Muchas de las preguntas se describen en términos de “cuántas veces” ocurren los síntomas del 0 al 4. 0 = Nunca 1 = Menos de una vez al mes 2 = Mensualmente 3 = Semanalmente 4 = A diario o casi diario
------------------	--

Ejemplo ítems	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
---------------	--

Nota: Elaboración propia, con base en OMS, 2001.

La prueba AUDIT. Cuestionario de identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol (Tabla 6) creada por la Organización Mundial de la Salud en su última versión de 1992, busca encontrar un patrón de riesgo en el consumo de alcohol.

El instrumento se compone de 10 preguntas que incluyen, síntomas de dependencia al alcohol, consumo, y problemas que se relacionen con la dicha sustancia. Cada ítem, se puntúa en una escala de 0 a 4, donde 0 = Nunca, 1 = Menos de una vez al mes, 2 = mensualmente, 3 = Semanalmente, 4 = A diario o casi diario. Su aplicación es de forma auto informada

Para obtener los resultados de hace la sumatoria de cada respuesta, y se obtiene el rango de puntuación Un rango de 0-7 Riesgo bajo, 8-15 riesgo medio 16-19 riesgo alto, 20+ probable adicción

Ejemplos de reactivos:

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
2. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?
3. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

Tabla 7

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2)

Autor:	Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer. 2019.
Estandarización para México:	Bezanilla, Pérez y Lara. 2010
Mide:	Dimensiones de la personalidad incluyendo: salud, sistema nervioso, familia, hábitos, sensibilidad, ocupación, actitudes, educación, adaptación social, fobias, etc.
Formato de aplicación:	Autoinforme
Número de ítems:	566 afirmaciones

Puntos de corte:	Verdadero / Falso
Ejemplo ítems	Tengo dificultades para concentrarme en una tarea o trabajo

Nota: Elaboración propia, con base en Butcher et al., 2019.

Técnicas de evaluación cualitativas

De forma cualitativa se utilizaron como métodos de evaluación al usuario: la entrevista, genograma y observación, las cuales se explicitan a continuación:

La entrevista, requiere que el terapeuta cuente con una serie de habilidades comunicativas que nos permitan integrar distintos puntos de vista, así como medir alguna sintomatología. Algunas de esas habilidades incluyen: la escucha, estrategia, contexto, comprensión, lenguaje no verbal y resumen general (López et al., 2023).

Se pueden distinguir tres diferentes categorías de entrevista: estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas (Pades, 2006). En el caso de esta intervención se utilizó la semiestructurada, usando el formato brindado por la universidad, donde se tenía cierta orientación hacia las preguntas, pero se tuvo libertad para que tanto el usuario, como la terapeuta, pudieran adaptar y articular las preguntas y respuestas.

El Genograma, así como lo describe Suárez (2010), es una herramienta que describe la composición de una estructura familiar, así mismo de sus relaciones y la funcionalidad entre dichos miembros. Esta técnica de evaluación puede dar una visión a través del tiempo sobre la historia familiar del usuario, apoyando al terapeuta a recolectar información,

logrando un mayor análisis de la situación del sujeto. En esta intervención el genograma fue de importante funcionalidad para identificar patrones familiares, sucesos relevantes en la historia del usuario y cómo estos se vinculaban con la problemática en sus relaciones interpersonales.

Ecomapa es una herramienta que permite al psicoterapeuta, identificar las diferentes áreas de vida del usuario, señalando las zonas que cuentan con recursos y problemáticas familiares y extrafamiliares, esto facilita la recopilación de la información, brindando de forma práctica una visión de las relaciones y situaciones actuales que experimenta el usuario; al reconocer las áreas de oportunidad se facilita el proceso para generar un fortalecimiento (Suarez, 2015).

Por último, la observación es un método que recoge, analiza y evalúa la información recogida del usuario para generar una mayor eficacia en la intervención, Paz y Peña (2021) recolectan tres de sus características:

1. Observar el comportamiento y las variables que mantienen la conducta
2. Recoger información del medio natural del cliente, sin inferir o intervenir
3. Para dar seguimiento a los datos recopilados y ver su continuidad

Diagnóstico

En esta sección se aborda el diagnóstico clínico identificado en el usuario durante el tratamiento psicoterapéutico. Si bien, el abordaje del caso se hizo desde una mirada no centrada en el diagnóstico, este último puede brindar al psicoterapeuta y al lector una

construcción sobre los síntomas y manifestaciones que el paciente presenta. En la tabla 8 se muestra el esquema diagnóstico con base en el diagnóstico multiaxial (APA, 2002).

Tabla 8

Diagnóstico multiaxial (APA, 2002)

EJE I	305.00 Trastorno por consumo de alcohol (En remisión continuada)
EJE II	301.4 Trastorno de la Personalidad Obsesiva-compulsiva
EJE III	Ninguno
EJE IV	Problemas relativos al grupo primario, problemas laborales
EJE V	50-61

Nota: Elaboración propia con base en criterios diagnósticos APA (2014)

A continuación, se da la descripción de los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014) con los que cuenta el usuario, descritos en el diagnóstico multiaxial anterior sugerido por el DSM-IV (APA, 2002):

Tabla 9

305.00 Trastorno por consumo de alcohol (En remisión continuada)

Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más

Nota: Elaboración propia con base en criterios diagnósticos APA (2014)

Tabla 10

301.4 Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
 2. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
 3. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
 4. Muestra rigidez y obstinación.
-

Nota: Elaboración propia con base en criterios diagnósticos APA (2014)

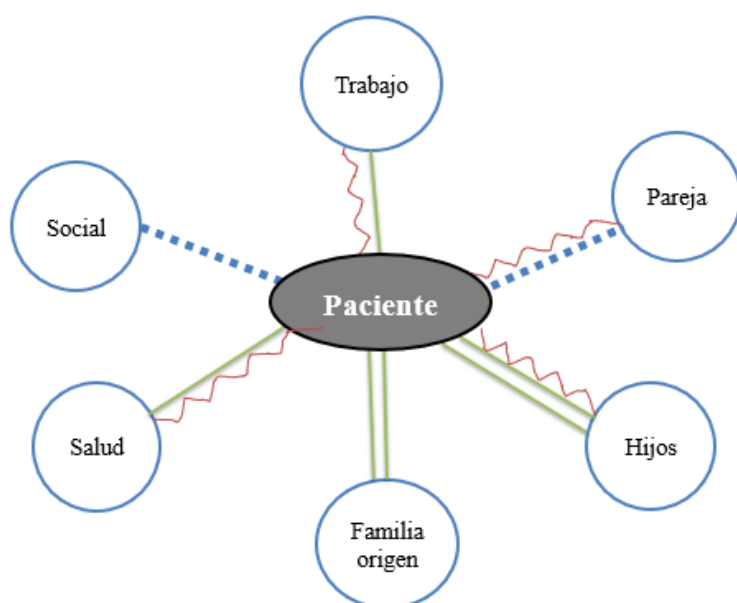
En el transcurso del proceso se fueron encontrando datos que podrían sustentar la presencia de un Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y/o de Ciclotimia por lo que se recomienda un futuro diagnóstico diferencial. Algunos de los signos y síntomas que se identifican en el usuario se relacionan con hiperactividad, irritabilidad extrema, distracción, euforia, habla acelerada, agresividad, aumento de la energía, aburrimiento, búsqueda de sensaciones o riesgos e incomodidad al estar quieto.

Formulación del Caso Clínico con Base en el Enfoque Terapéutico empleado

Se utilizó el enfoque sistémico como base para abordar este caso clínico. El usuario, un hombre de 45 años, padre de familia, con dos hijos en edad escolar; presenta problemas en su relación de pareja, a causa del orden y limpieza que desea que los demás integrantes del sistema familiar tengan en casa, o en conductas cotidianas como: la puntualidad, tareas escolares, tareas del hogar, etc. También expone abuso con el consumo de alcohol en su pasado, cuestión que su pareja suele señalarle; así como el lenguaje agresivo que utiliza cuando él se desespera con sus hijos y esposa o cuando se encuentra bajo los efectos de dicha sustancia.

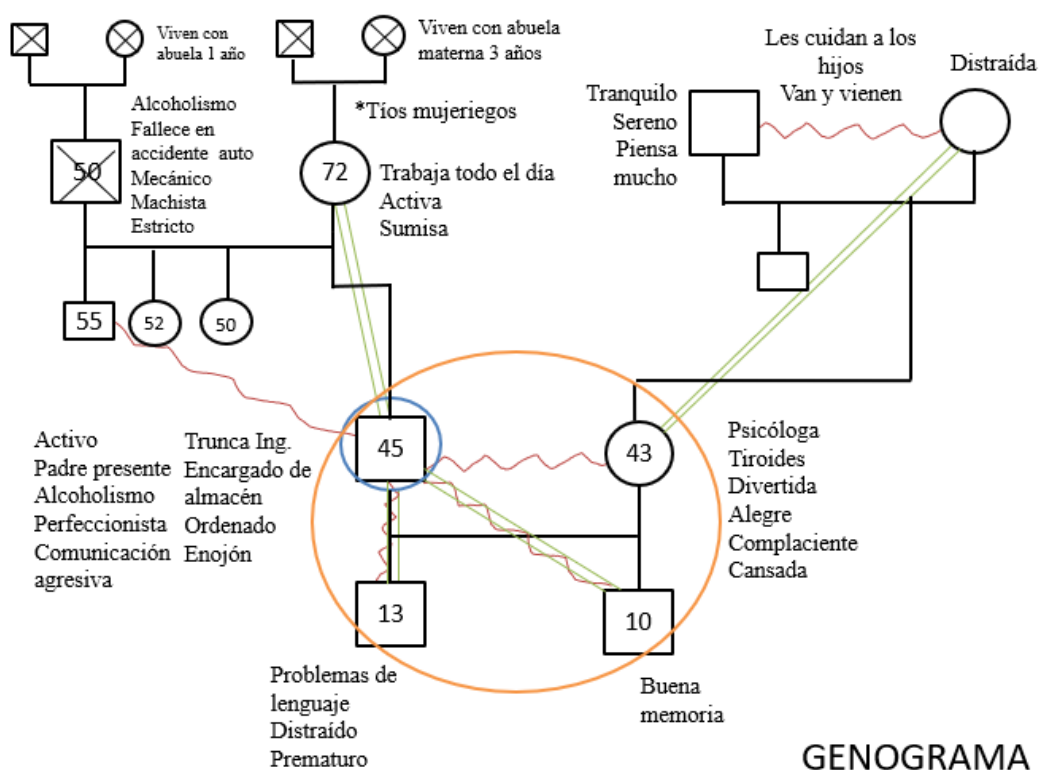
Figura 1

Ecomapa del usuario 2023.



Nota: Elaboración propia

En la figura 1 se observa el ecomapa del usuario, representando el estado de relación que mantiene en las áreas más significativas de su vida. Las categorías que resaltan por su conflictiva son el trabajo, la relación de pareja y la relación con sus hijos. Por otra parte, los problemas de pareja han generado un distanciamiento en el ámbito social del usuario.

Figura 2*Genograma del usuario 2023**Nota:* Elaboración propia

En la figura 2 se contempla el genograma del usuario; siendo él, el hijo menor de 4 hermanos, de una pareja con tendencia a machismo por parte del padre y sumisión por parte de la madre. Actualmente cohabita con su esposa, y sus dos hijos varones que se encuentran en etapa escolar.

Al observar la historia del usuario, se registra el fallecimiento de su padre cuando él tenía 9 años. González y Martínez (2016, p. 4) sugieren que cuando un niño sufre un duelo temprano, se puede volver a vivenciar la pérdida a lo largo de su vida. Sí bien, el motivo de

consulta del usuario no es trabajar el duelo de su padre, éste traía consigo parte de la coherencia del síntoma presente.

El fallecimiento de uno de los miembros en el sistema familiar genera movimientos, crisis y cambios. La teoría de Bowlby (1988/2009) sobre el apego; describe la tendencia natural del ser humano para formar lazos emocionales con otros. Dichos vínculos, se establecen durante la infancia a partir de la relación que existe entre el individuo y sus figuras de cuidado, con el fin de encontrar protección, apoyo y consuelo. De esta forma cuando este lazo peligra o se rompe, tendrá implicaciones en la construcción de la personalidad del individuo. En este caso, al perder a una figura tan importante como lo es su padre.

Ramos (2016, p. 7) describe algunos tipos de ausencia de la figura del padre y sus posibles repercusiones. De forma general, la falta de presencia de un padre puede generar en la vida adulta una conducta disfuncional en su entorno social, como lo pueden ser la sensación de pérdida o rechazo; de forma inconsciente la persona puede manifestar dificultad en sus vínculos sin poder identificar su origen. El usuario comenta, que se enoja cuando siente que su esposa lo ignora cuando ella usa el celular, esto podría sugerir que la sensación que emerge con la pareja va de la mano de la mirada que no tuvo del padre.

Continuando con los tipos de ausencia sugeridos por Ramos (2016, p. 8) se observan en el usuario dos de ellos: Muerte y abandono. El primero de ellos, englobaría el proceso natural del ciclo de la vida, y asumir el dolor que eso conlleva, esperando superarlo, sin embargo, cuando es inesperado se vuelve complicado salir del duelo. Si la figura de cuidado no le explica al infante de manera adecuada, causa en el niño un desequilibrio

escolar, familiar, emocional y social. El segundo, el abandono, sugiere la ausencia del padre a nivel social, el padre deja funciones como el corregir, educar y acompañar al hijo; cuando esto sucede, los infantes pueden estar propensos al uso de sustancias, problemas en la escuela, en su conducta y salud emocional.

Con lo anterior, el usuario refiere que no se habla del pasado con la mamá, no se menciona mucho al padre, tema que pudo quedar como un tabú, comprobando así el tipo de ausencia de muerte, descrito en el párrafo anterior. La causa de muerte fue un accidente automovilístico, con sospechas del usuario de que el padre iba alcoholizado. A su vez, de los pocos recuerdo que tiene del padre, es que salía mucho con los amigos, y que pasaba mucho tiempo en el trabajo, refiere que le hubiera gustado que estuviera más presente, o que lo “cuidara más”. Con esto último, se pensó que esto provocaba que el quisiera tener una paternidad con demasiada presencia, buscando darles a sus hijos lo que su padre no le pudo dar. Se hipotetizó que al tomar tanto espacio con los infantes esto generaba distancia entre la madre y los hijos.

En un sistema es importante observar los cambios que se generan tras la pérdida de uno de los miembros. Así como lo describieron Parkes y Prigerson (2010) algunos de los efectos que tiene un duelo en la familia son: modificación en los roles, pérdida de dicha función, búsqueda del sustituto dentro o fuera de la familia.

De alguna forma, la armonía o equilibrio que se tenía en el sistema familiar puede generarles inestabilidad: emocional, económica o terminar por romper el sistema. (Bogza, 2005).

En el caso del usuario, al fallecer el padre, por un año viven con la abuela materna y la madre sale a trabajar casi todo el día, posteriormente se mueven para irse a vivir a su propia casa; él refiere que, aunque ya estaba entrando en la adolescencia pasaba mucho tiempo solo, sus hermanos mayores estudiaban por las mañanas y él en las tardes. Esto lo llevó a aprender a ser muy independiente, a hacer su propia comida, a ordenar y a limpiar la casa; incluso a conseguir por sí mismos sus materiales escolares. En sus palabras, comenta que si no limpiaba “se le armaba una buena”, éste último factor parecía seguir presente en las causas de su conducta actual.

Se observa que la madre toma el rol que ocupaba el padre y pareciera que los hijos se quedan sin la figura que tradicionalmente ejercía la madre, convirtiendo al usuario en un hijo parental. Cuando se habla de hijo parental se describe a un integrante de la familia que toma funciones de la madre o padre, imposibilitando que vive acorde a su rol como hijo (Minuchin, 1974/2004).

Aquí podríamos observar un patrón familiar, como lo describe la teoría de Framo (1996) en referencia a la transmisión intergeneracional; se plantea que existe la tendencia humana de cubrir necesidades emocionales que conducen a ejercer un rol determinado en la familia. Así mismo, cuando el hijo crece se busca que supere estas dependencias, sin embargo, la sociedad o el ambiente no le brindan dicho aprendizaje para generar esa diferenciación del sistema. Lo anterior fomenta que reproduzca estas mismas necesidades en otras áreas, como buscar pareja o tener hijos (Vargas y Ibáñez, 2002).

El usuario alude a que él se formó como una persona responsable, independiente y funcional para poder apoyar a la madre, a causa de todos los movimientos que sucedían en

casa. Cuando él habla sobre la enfermedad en la tiroides que tiene su esposa, menciona que él a veces se pone a hacer las cosas del hogar para ayudar a alivianar el cansancio de ella, construyendo la misma forma de relación que tenía con su mamá. A su vez, cuando su esposa no limpia, no ordena y está en el celular, le genera mucho enojo, y comienza a decirle cómo debería hacer las cosas, tomando un rol paterno con ella, la regaña o sermonea cuando no hace lo que “debería”. Como Minuchin (1974/2003) lo propone:

Debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes. También debe existir una complementariedad de las funciones, en la que el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen como un equipo. (p. 87)

Con esto, en su momento se pensaba que la esposa de pronto baja a otro nivel de jerarquía en el sistema familiar, y se convertía en una hija más del sistema, no operando como un equipo, sino que entrando en un rol padre e hija donde él la regañaba y ella reclamaba como si fuera una hija más, generando una coalición entre ella y los hijos.

En su rol como padre, el usuario buscaba esa misma independencia y disciplina en sus hijos, así como él la debió tener cuando fallece su papá. Tuvo que forjar en su personalidad estos rasgos obsesivos para poder sobrevivir a su ambiente, pero estos mismos rasgos ya no le eran funcionales en el sistema familiar actual.

De acuerdo con Bustos e Hidalgo (2021, p. 2) conocer el significado que un hombre le da al “paternaje” (la presencia masculina en la crianza) apoya a la organización de la atención familiar, y a la intervención terapéutica. Se observó que haber sufrido la ausencia

de su padre, lo llevaba a querer buscar lo opuesto con sus hijos, haciéndose un papá sumamente presente, donde en ocasiones él termina resolviendo y haciendo los deberes por la esposa e hijos, se hipotetizó que él asocia que un padre puede llegar a “irse” o “morir”, haciendo entonces que él se preocupara por dejar a sus hijos listos para afrontar la vida en caso de que no esté; esta situación genera incongruencia en su sentir, al querer que sean funcionales y educarlos para la vida, pero terminando haciendo todo por ellos, como le hubiera gustado que su padre lo hiciera con él.

En este caso, se manifiesta el síntoma de alcoholismo; desde el enfoque sistémico se habla de que los síntomas que pueden llegar a presentar los miembros de la familia no son un hecho aislado o lineal, esto quiere decir que el comportamiento de un integrante se conecta con el funcionamiento de otro, con el fin de preservar el equilibrio familiar (Casas, 2016, p. 45). De forma muy interesante González y Martínez, (2016, p. 23) describen que el estrés psicológico que conlleva la muerte de un padre puede propiciar el desarrollo de abuso del alcohol en los hijos. Se plantea como hipótesis, que el síntoma podría generar que su esposa lo mire y no lo ignore, así como le hubiera gustado que sucediera en su familia de origen, a su vez que los hijos generen cercanía con la madre, y que él tenga un espacio donde rompa con la rigidez que lleva en su día a día.

Elección del Tratamiento

El enfoque psicoterapéutico con el que se entrenaba a la psicoterapeuta en formación en aquel momento fue el enfoque sistémico, por lo que en este apartado se describirán las

técnicas utilizadas en el tratamiento de acuerdo con los diferentes modelos de este estilo de psicoterapia.

Terapia Breve:

La terapia sistémica breve centra su intervención en la solución de problemas, buscando disolver la sintomatología del usuario, se le brinda otra perspectiva de la realidad, posibilitando un desbloqueo en su proceso de crecimiento. Se le denomina breve al buscar que la duración del tratamiento sea de alrededor de 12 sesiones (Ceberio, 2016).

Tabla 11

Simulación del milagro

En qué consiste	Se le propone al usuario: “imagina que se produce un milagro y el problema por el que acudió queda resuelto, ¿Qué será distinto? ¿Qué vería distinto para saber que ocurrió el milagro?”. Esta pregunta apoya a construir la solución del problema.
Por qué se eligió esa técnica	Se busca que el usuario identifique, cómo sería su vida si él no se preocupara porque todos hicieran las cosas de la misma forma en la que él lo hace; esto lo puede hacer ver que pasaría si no se enojara o pensara tanto y disfrutara más del presente.
Bases empíricas o teóricas	De Shazer (1991, p. 113) es quién formula la pregunta milagro con el fin de identificar los objetivos del usuario, así como en sus potenciales soluciones.

Nota: Elaboración propia, con base en Shazer, 1991.

Tabla 12

Técnica de excepciones

En qué consiste	Se basa en el supuesto de que los problemas no suceden en todo momento, sino que se dan excepciones en su aparición, si se logra identificar la excepción, se puede replicar y utilizar para la solución
Por qué se eligió esa técnica	Esta técnica se utilizó para identificar en qué momentos la relación de pareja sí funciona, en qué momento sí percibe la atención y mirada de su esposa, para potencializar estos momentos.
Bases empíricas o teóricas	Shazer (1991) propone: “Las excepciones pertenecen claramente al reino de la queja. En términos sencillos, nada ocurre siempre; nada es siempre lo mismo” (p. 173). Es trabajo del terapeuta estar atento a cada excepción que se presente para construir las soluciones potenciales.

Nota: Elaboración propia, con base en Shazer, 1991.

Modelo estructural:

De acuerdo con Minuchin (2004) este modelo se basa en que el individuo no es un miembro aislado, sino un sujeto activo en los diferentes grupos sociales de los que forma parte. Mediante este tipo de intervención se busca modificar la estructura y organización familiar, al modificarse la posición de uno de los integrantes cambia la experiencia de cada uno de los individuos.

Tabla 13

Restructuración / Complementariedad

En qué consiste	Consiste en cuestionar la definición que le da la familia al problema y su creencia en una casualidad lineal.
Por qué se eligió esa técnica	La finalidad fue ampliar el panorama del usuario entendiendo la relación y problemática con su esposa e hijos, relacionándolo con su historia de vida y familia origen.
Bases empíricas o teóricas	Esta técnica es descrita por Minuchin y Fishman (2004): “El terapeuta cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar el sistema familiar. Más bien cada persona es el contexto de las demás.” (p. 196).

Nota: Elaboración propia, con base en Minuchin y Fishman, 2004

Tabla 14

Cambio de visión / Remarcar fortalezas

En qué consiste	Fomenta el cambio de percepción que la persona tiene sobre sí misma, la familia o circunstancia, prestando atención a sus herramientas, habilidades o aportaciones positivas.
Por qué se eligió esa técnica	Se buscó que el usuario logre rescatar lo valioso de su historia de vida y cómo eso le ayudo en su momento a sobrevivir a su ambiente, así mismo como esos recursos se están representando hoy en día.
Bases empíricas o teóricas	Minuchin y Fishman (2004) describen: “El terapeuta que es un creador de universos, ofrecerá a la familia una realidad diferente. Solo utilizará los hechos que la propia familia

reconoce verdaderos, pero a partir de ellos edificará un ordenamiento nuevo.” (p. 207). De esta forma los autores proponen generar una reestructuración en el usuario utilizando sus fortalezas.

Nota: Elaboración propia, con base en Minuchin y Fishman, 2004.

Tabla 15

Cambio de visión / Modificar constructos cognitivos

En qué consiste	Consiste en modificar las creencias del usuario o del sistema familiar.
Por qué se eligió esa técnica	Con el fin de resignificar su rol como padre y pareja.
Bases empíricas o teóricas	El enfoque estratégico propone que los miembros de una familia comparten los mismos significados, si estos se cambian de forma individual, se representarán en el resto de los integrantes. Se cuestiona al sistema para moverlos de la comodidad de la cosmovisión familiar, cuestionando así lo absurdo de sus creencias. (Minuchin y Fishman, 2004, p. 77)

Nota: Elaboración propia, con base en Minuchin y Fishman, 2004.

Tabla 16

Señalar las interacciones que mantienen el problema

En qué consiste	Explorar las pautas de conducta que pueden estar perpetuando el problema.
-----------------	---

Por qué se eligió esa técnica	El propósito fue que el usuario pudiera hacer consciencia de qué conductas incrementan el problema, para poder salir del ciclo vicioso.
Bases empíricas o teóricas	“El terapeuta toma los datos que la familia le ofrece y los reorganiza. La realidad conflictiva y estereotipada de la familia recibe un encuadramiento nuevo.” (Minuchin y Fishman, 2004, p. 84)

Nota: Elaboración propia, con base en Minuchin y Fishman, 2004.

Estratégico:

El modelo estratégico parte de que el usuario cuenta con recursos para enfrentarse a la vida, por tanto el terapeuta presta especial atención a las herramientas que presenta la persona. El terapeuta es directivo con el fin de llevar al usuario hacia el camino que desea y favoreciendo el cambio. Por otra parte, se busca que el cambio en un miembro no solo favorezca al individuo sino a todos los miembros (Bertrando y Toffanetti, 2018).

Tabla 17

Connotación positiva

En qué consiste	Se sugiere que el síntoma parece conveniente para la estabilidad familiar.
Por qué se eligió esa técnica	Se buscó que el usuario pudiera observar el síntoma de alcoholismo como una forma de provocar atención de su esposa, y romper con su rigidez.

Bases empíricas o teóricas	“No se trata de prescribir el síntoma (y por lo tanto de obviar al resto de la familia) sino de prescribir la configuración conjunta de la familia privando a los síntomas de su papel privilegiado.” (Bertrando y Toffanetti, 2018, p. 209)
----------------------------	--

Nota: Elaboración propia, con base en Bertrando y Toffanetti, 2018.

Tabla 18

Técnicas diagnósticas preguntando / preguntas circulares

En qué consiste	Se reúne información sobre el usuario y su sistema, a su vez esto se utiliza como técnica terapéutica generando reflexión en el individuo.
Por qué se eligió esa técnica	El sentido de esta técnica fue generar reflexión en el usuario sobre los temas que parecen tabú en su sistema origen, en cómo su conducta actual puede relacionarse con su crianza, y en cómo interactúan los miembros de su familia en general. Así mismo se utilizó para romper con patrones familiares.
Bases empíricas o teóricas	Como lo transmiten Ceberio y Rodríguez (2020): “En las preguntas circulares se revela la dinámica de los supuestos que responde al mapa interno que cada miembro posee de cada miembro y de la estructura general del problema.” (p. 10). Así pues, se generan cuestionamientos que ayuden a

entender una relación, el sentir y la conducta que toma cada integrante, ampliando la información.

Nota: Elaboración propia, con base en Ceberio y Rodríguez, 2020.

Tabla 19

Hipótesis

En qué consiste	Se genera una serie de hipótesis de forma sistémica con el fin de darle sentido a los comportamientos observados en el usuario
Por qué se eligió esa técnica	El fin de esta técnica fue encontrar la coherencia del síntoma que reportó el usuario, para identificar y transformar hacia nuevas interacciones más funcionales.
Base empírica o teórica	La hipótesis es para el usuario y el terapeuta una herramienta útil, dado a que apoya a generar conexiones de información, sobre el espacio y tiempo, significados y acciones que surgen en la narrativa (Boscolo y Bertrando, 1987).

Nota: Elaboración propia, con base en Boscolo y Bertrando, 1987.

Terapia Narrativa:

La terapia narrativa propone que, a través de narrar su historia, las personas le dan una explicación o sentido a la propia vida. El lenguaje y la estructura con la que el usuario nombra a su problema fomenta la externalización de este. Comúnmente el sujeto describe su narrativa con una perspectiva negativa, este tipo de intervención, apoya a quitar la

mirada únicamente en el sujeto sobre el obstáculo que atraviesa, con el fin de darle un contexto más amplio a la situación y poder generar cambios (Guerrero et al., 2019).

Tabla 20

Preguntas reflexivas

En qué consiste	Posibilitar la disminución del síntoma por medio de preguntas que generen reflexión sobre los significados que se encuentran en los diferentes sistemas del usuario, fomentando nuevos patrones, cogniciones y conductas constructivas.
Por qué se eligió esa técnica	La finalidad fue reconstruir sus patrones de conducta en cuanto al orden y la limpieza, identificar que en su momento fueron funcionales pero que ahora le impiden disfrutar del presente y de su familia.
Bases empíricas o teóricas	Silva (2019) explica que las preguntas reflexivas orientan hacia la propia autocuración de la familia, estas pueden conllevar a preguntas acerca del futuro, casos hipotéticos, de exploración interpersonal, entre otros.

Nota: Elaboración propia, con base en Silva, 2019.

Tabla 21

Metáfora

En qué consiste	Se utiliza un lenguaje en sentido figurado, generando relación con alguna experiencia del usuario con el fin de generar cambios conductuales, cognitivos y emocionales.
-----------------	---

Por qué se eligió esa técnica	El objetivo fue que el usuario, lograra desprenderse de la rigidez en su crianza con los hijos.
Base empírica o teórica	Cardona y Osorio (2005) proponen en su análisis cualitativo y hermenéutico, que la metáfora demuestra generar una menor frialdad y rigidez, promoviendo un espacio más cercano y flexible, logrando que el lenguaje trascienda al espacio terapéutico.

Nota: Elaboración propia, con base en Cardona y Osorio, 2005.

Psicoeducación:

Tabla 22

Psicoeducación

En qué consiste	Transmitir información que genere una mayor comprensión al usuario sobre sus síntomas, causas, sensaciones y emociones, con el fin de conducir a una conducta que le sea más adaptativa
Por qué se eligió esa técnica	Se buscó que el usuario tuviera mayor facilidad para identificar sus emociones, encontrar qué causaba éstas, y pudiera manejarlas de forma más asertiva
Base empírica o teórica	De acuerdo con Tena-Hernández (2020) en cuanto a la psicoeducación: La hipótesis de partida es que cuando mejor conozca la persona sus propias dificultades personales o el proceso patológico que padece, mejor lo puede afrontar, más recursos propios

puede poner en juego y por lo tanto mejor calidad de vida puede llegar a tener. (p. 38)

Nota: Elaboración propia, con base en Tena-Hernández, 2020.

Implementación del Tratamiento

Tabla 23

Esquema de la aplicación del tratamiento

Fecha	Sesión	Instrumento / técnica	Tema
06/09/2023	1	Genograma, entrevista, observación, planteamiento de objetivos.	Motivo de consulta, contrato terapéutico, datos generales, conocimiento de los integrantes del sistema familiar actual.
20/09/2023	2	Circularidad, remarcar fortalezas, complementariedad, hipótesis, genograma.	Infancia, correlación de la muerte de su padre con su rol como papá.
01/10/2023	3	Complementariedad, circularidad, genograma, remarcar fortalezas, preguntas reflexivas, hipótesis.	Ausencia del padre, sentirse “ignorado” con la esposa, patrones familiares.
04/10/2023	4	Circularidad, técnica de excepciones, simulación del milagro, preguntas reflexivas	Antecedentes de alcoholismo, relación de pareja, pensamientos obsesivos.
11/10/2023	5	Preguntas reflexivas, circularidad, metáfora, hipótesis.	Relación con la pareja y vínculos con la familia de ésta. Límites asertivos con los hijos.
18/10/23	6	Metáfora, señalar las interacciones que mantienen el problema, hipótesis	Comunicación, relación consigo mismo, relación con los hijos.

25/10/23	7	Metáfora, circularidad	Control, rol paterno, infancia, patrones familiares
8/11/2023	8	Circularidad, preguntas reflexivas	Patrones familiares, significado de rol “hombre” y “mujer” en una relación, relación de pareja
15/11/2023	9	Preguntas reflexivas, preguntas circulares, excepciones, remarcar fortalezas	Dar y recibir. Significado del “celular” en la relación de pareja, recursos en pareja.
23/11/23	10	Preguntas circulares, excepciones, remarcar fortalezas, preguntas reflexivas, psicoeducación	Indagar en si había criterios para el déficit de atención. Autocompasión. Comprensión. Enojo al error. Coherencia del síntoma. Niño interior.
29/11/2023	11	Remarcar fortalezas, preguntas reflexivas, psicoeducación, preguntas circulares, señalar las interacciones que mantienen el problema.	Indagar en cuanto a su consumo de alcohol. Identificación de emociones, función de las emociones. Relación entre las emociones y el consumo de alcohol
6/12/2023	12	Remarcar fortalezas, preguntas reflexivas, hipótesis	Manejo de la ira, canalización de emociones, consumo de alcohol. Cambios en su forma de relacionarse.
14/12/2023	13	Preguntas reflexivas, remarcar fortalezas.	Observar el avance de los objetivos propuestos al inicio e identificar qué quedaba por trabajar a futuro.

Nota: Elaboración propia

Ejemplo de informe de sesión

Objetivo: Explorar el sistema familiar nuclear del usuario, correlacionar dichos eventos con el problema actual, identificar patrones familiares y conocer más sobre la relación con el padre.

Técnicas empleadas: Pregunta reflexiva, circularidad, hipótesis, remarcar fortaleza, complementariedad

T = Terapeuta

U = Usuario

Preguntas reflexivas:

T – “¿Qué fue lo que te enojó cuando ella tenía el teléfono?”.

U – “Que se lo dije tres veces, le dije: déjame el teléfono, ella dijo “ay ya”, le dije: deja el teléfono”.

T – “¿Qué sientes cuando ella está en el teléfono?”.

U – “Que me ignora, o... yo creo que tienes razón, que me ignora”.

T – “Te sientes ignorado”.

U- “Me siento ignorado, sí es cierto”.

Circularidad:

Hablando sobre el padre...

U – “A veces me hubiera gustado que sí nos pusiera más atención que a los amigos, que de repente se pusiera conmigo a hacer la tarea, que dejara su desmadre y pues vente con nosotros, seguramente sí lo hacía, venir algunas excursiones, pero no me acuerdo mucho, seguro sí lo hacía, pero de repente era mucho su relajo”.

T – “¿Cómo era su relajo?”.

U – “No recuerdo mucho, me acuerdo de flashazos, en la casa cuando llegaba, tomaba agua platicábamos y los domingos veíamos la tele”.

T – “¿Qué hacía tu mamá cuando eso pasaba?”.

U – “No estaba, yo me quedaba con mi papá en el trabajo, mi mamá se quedaba en la casa, o él me llevaba”.

T – “¿Cómo era la relación de tus papás?”.

U – “Pues tenían sus problemas pff (se ríe) sé que tenían sus problemas, pero era sana, no, no. Me gustaría darte más información para ver qué pudiera ser, pero no, no recuerdo”.

T – “Cuando dices: “Tenían sus problemas” ¿Como a qué te refieres?”.

U (Se queda pensando).

T – “¿Tu papá tomaba?”.

U – “Sí yo creo que sí”.

Hipótesis:

T – “Me da la impresión de que cuando tu papá fallece alguien tiene que tomar el rol de tu papá, en este caso tu mamá sale a trabajar y tus hermanas tuvieron que tomar contigo un rol de padres, ayudándote y regañándote con las tareas, ¿te hace sentido?”.

U – “Sí, creo que realmente es lo que pasó”.

Remarcar fortalezas:

T- “¿Tú cómo aprendiste a organizarte?”

U – “Pues es que tuve que hacerlo porque si no me moría de hambre por no llevar mi lunch, o que todo se me olvidara y perdiera todo.”.

T – “La experiencia te fue ayudando a recopilar estos aprendizajes”.

U – “Deja tú la experiencia, la necesidad, me hacía mi desayuno, mi lunch, bueno en la cena sí estaba mi mamá, la necesidad de ponerme a estudiar, era un peso menos para mi mamá, el ponerme a estudiar, porque se le olvida esa parte o se desatiende de: “al menos sé que mi hijo puede pasar por muchos problemas”. Igual cuando mis amigos me invitaban a comer pues a las mamás les gustaba porque comía bien, le ayudaba a mi mamá, que si me invitaban a otra parte pues comía todo y no me ponía espacial”.

T – “Me parece muy valioso esto que fuiste construyendo, entiendo que surgió a partir de la necesidad, y se me hace valioso el que tu pudieras mantener ese orden, esos hábitos, pienso en un adolescente y considero que hiciste mucho para estar en esa etapa”.

Complementariedad:

T: “Hace rato, que me hablabas de tu papá me decías: “me hubiera gustado que me cuidara más” o como esto que decías de que él no olvidara ponerte el bloqueador, y también me mencionabas que lo que te enoja con tu esposa es que te ignore, dime si esto te hace sentido ¿Pero tal vez lo que te enoja con tu esposa, podría estar conectado con el querer sentirte cuidado?”.

Resultado:

Al terminar esta sesión el usuario hizo consciencia del hueco de información que existe alrededor del tema de su papá, él mismo se asignó la tarea acercarse a platicar con su mamá para conocer cómo fue esta figura y cómo era la relación que tenían en pareja; contactó con el miedo que tiene a parecerse a su padre. Se dio cuenta de qué fue lo que lo hizo explotar y golpear la mesa frente a su esposa. Pudo observar que al permitirse que los demás hagan las cosas diferente de como él las haría, le da mayor tranquilidad, no solo mental sino también física.

Método**Diseño:**

Para la realización de este estudio de caso basado en evidencia, se utilizó una investigación con enfoque mixto, recabando los datos cuantitativos obtenidos por medio de instrumentos de evaluación, así como una práctica cualitativa para la recopilación de datos, su análisis, desarrollo de intervención y examen de resultados.

El proceso psicoterapéutico en este caso fue brindado en modalidad en línea durante 13 sesiones, más una sesión de seguimiento tres meses posteriores a concluir el tratamiento. Dichas sesiones fueron supervisadas con el acompañamiento de la docente/supervisora y el equipo de psicoterapeutas en formación utilizando el enfoque de terapia Sistémica.

Criterios de inclusión:

Se le asignó a la terapeuta un usuario de forma aleatoria por medio de la Clínica de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo de la Universidad Iberoamericana Puebla. Los usuarios llegan de forma voluntaria a la institución y se les ofrece el servicio de psicoterapia a bajo costo a personas de 18 años en adelante, dicho servicio se lleva a cabo con psicoterapeutas en formación.

Criterios de exclusión:

En la primera sesión se le da a conocer al usuario el contrato terapéutico donde se especifican y se le comparten los acuerdos de la relación terapéutica, tanto el usuario, como el terapeuta, se comprometen a cumplirlos, de no ser así se da por concluida dicha relación, entre ellos que:

- ✓ Todas las sesiones son sujetas a supervisión ya sea en vivo o mediante registros audiovisuales con fines educativos o de investigación
- ✓ El usuario asiste en voluntad propia, bajo el uso de sus facultades y en plena conciencia para recibir el servicio
- ✓ Seguir indicaciones en caso de que se requiriera el servicio de otro especialista.
- ✓ Si tiene un patrón constante de cancelaciones se le da una baja del proceso.
- ✓ Las sesiones son llevadas a cabo una vez por semana con una duración de 50 minutos.

Criterios de eliminación:

- ✓ Abandono del tratamiento por parte del usuario

Consideraciones éticas:

- ✓ El usuario firma una carta de consentimiento informado, sobre todas las consideraciones sobre su participación y la de la psicoterapeuta en el tratamiento brindado.
- ✓ Toda la información sobre el usuario se mantiene en confidencialidad y custodia.
- ✓ La relación terapéutica se da exclusivamente en las instalaciones del OPTA o bien en la plataforma digital proporcionada por esta misma institución.
- ✓ Se rompe el acuerdo de confidencialidad exclusivamente si la vida del usuario se encuentra en riesgo o bien por alguna orden judicial o emergencia médica.

Resultados del Tratamiento

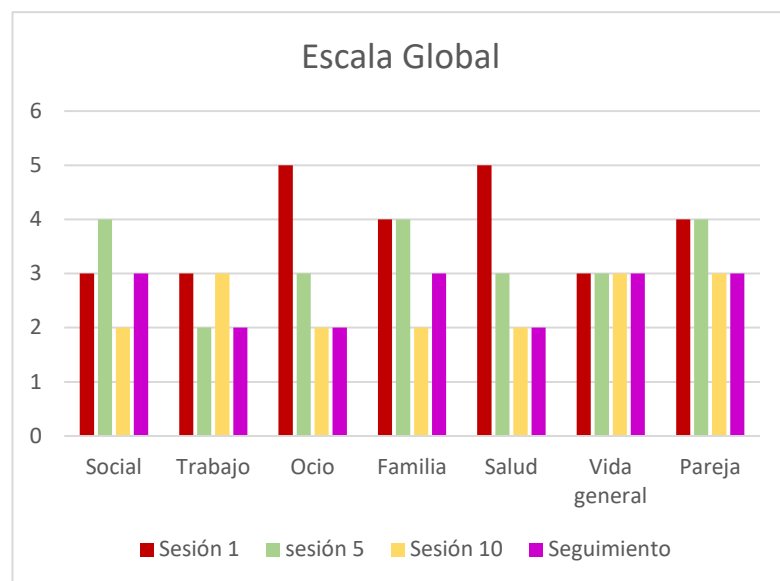
En este apartado se muestran los resultados obtenidos a partir de la intervención sistémica, se reportan tanto los resultados cuantitativos, recabados de la batería de pruebas antes mencionadas en relación con la ansiedad, depresión, enojo, funcionamiento global, alcoholismo y personalidad.

Así mismo, los resultados cualitativos con respecto de informes verbales del usuario, aspectos no verbales y cambios en su conducta.

Resultados cuantitativos

Figura 3

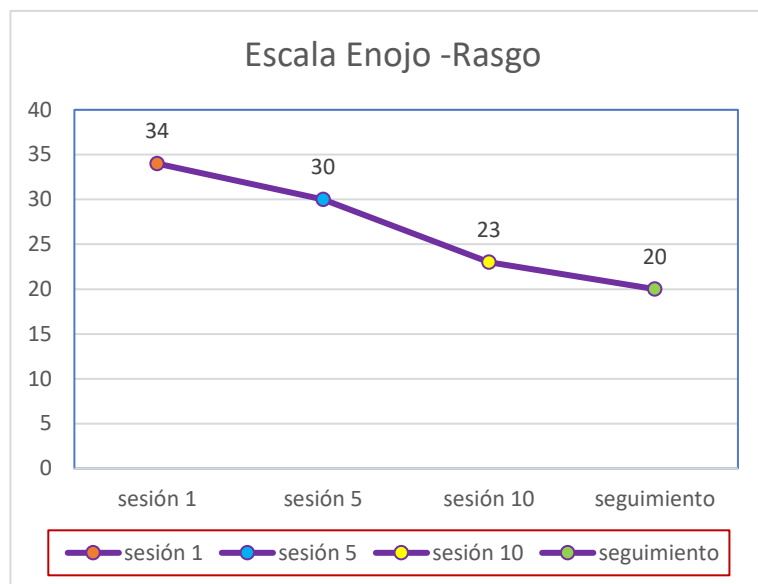
Escala Global.



Puntaje	Nivel
1	Nada
2	Casi nada
3	Poco
4	Regular
5	Mucho
6	Muchísimo

Nota: Elaboración propia

Cómo se observa en la Figura 3, el funcionamiento del usuario inicialmente era óptimo, a excepción del rubro de ocio y salud dónde lo puntúa en a la escala de “mucho”, siendo estas áreas de oportunidad para el usuario. Comparando los resultados previos al tratamiento con la sesión de seguimiento, se observa que dos de los rubros: social y vida en general, se mantuvieron en la misma escala. En el resto de las categorías obtuvo una disminución con relación a su bienestar, resaltando las áreas de ocio y salud.

Figura 4*Escala Enajo-Rasgo.*

Puntaje Nivel

10 -16 Bajo

17 - 22 Promedio

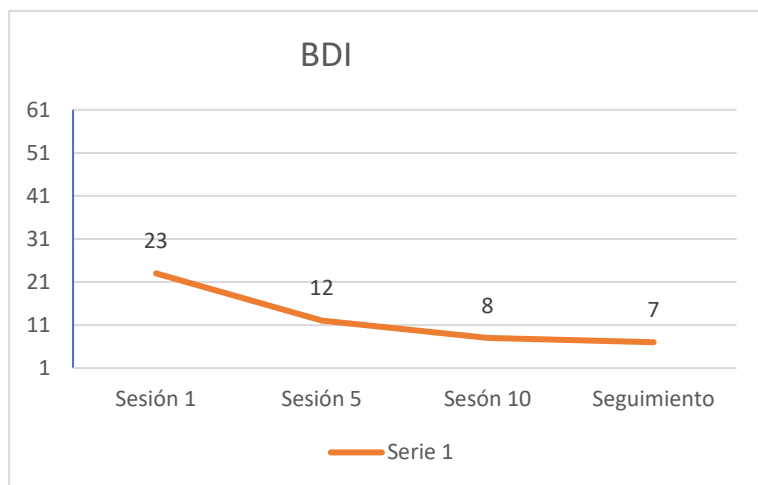
23 - 40 Alto

Nota: Elaboración propia

Como se corrobora en la figura 4, el usuario llega a las sesiones con un nivel alto en la manifestación del enojo, contrastando con la sesión de seguimiento se logra disminuir a un nivel promedio. Este síntoma se puede relacionar con la dificultad que tiene el usuario para identificar sus emociones, comunicar de forma asertiva sus necesidades, así como la rigidez cuando los demás no realizan las cosas como a él le gustaría. Finalmente, a través de la prueba MMPI-2 se identifica que el usuario podría presentar síntomas hipomaniacos. Como se mencionaba en el apartado de “Diagnóstico” esta característica se podría relacionar con la irritabilidad presente tanto en un TDAH como en una ciclotimia.

Figura 5

Inventario de depresión de Beck (BDI).



Puntaje	Nivel
0 - 9	Ausente
10 - 16	Leve
17 - 29	Moderada
30 - 63	Grave

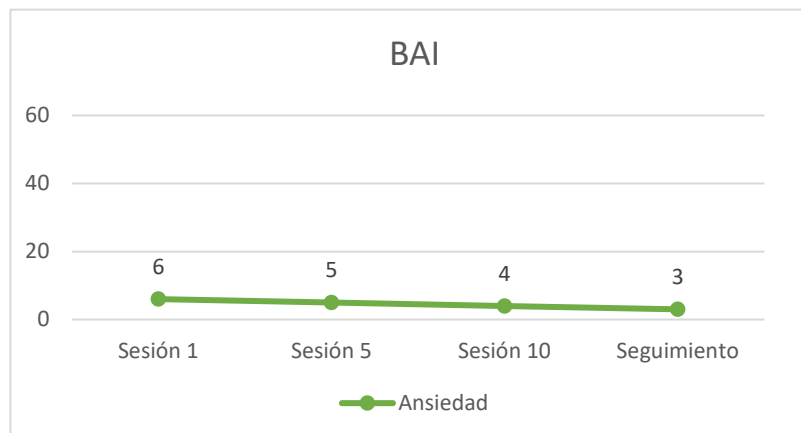
Nota: Elaboración propia

Respecto a lo que se advierte en la figura 5, los resultados en la prueba BDI indica que el usuario llega con un nivel de depresión moderada, evolucionando a un nivel ausente en la sesión de seguimiento.

Figura 6

Puntaje	Nivel
0 - 21	Bajo
22 - 35	Moderada
36 - 63	Severa

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).



Nota: Elaboración propia

Con base en los puntajes registrados en el inventario de Ansiedad de Beck (figura 6), se constata que el usuario llega al proceso con un nivel bajo de ansiedad el cual se mantiene a lo largo del tratamiento incluso en la sesión de seguimiento. Con respecto a la conducta acelerada del usuario, los resultados en esta prueba ayudan a descartar la ansiedad como padecimiento y corrobora a atribuírselos al diagnóstico por diferenciar entre un TDAH y/o Ciclotimia

Tabla 24

Resultados MMPI-2

Baja autoestima	Tiene una pobre opinión de sí mismo, se anticipa al fracaso y se da por vencido con facilidad; se siente torpe e inútil. Se compara con otros de manera desfavorable. Es demasiado sensible a la crítica y al rechazo. Se le dificulta aceptar elogios. Pasivo en sus relaciones interpersonales. Con dificultad para tomar decisiones.
-----------------	---

Escala Revisada de Alcoholismo de Mac Andrew	Es poco probable que existan problemas con el abuso de sustancias.
Cinismo	Puede ser ingenuo, crédulo y demasiado confiado
Experiencias Aberrantes	Los individuos que producen puntuaciones elevadas informan varios síntomas hipomaniacos, como concebirse a sí mismos como grandiosos, excitación general, tendencias hacia la búsqueda de sensaciones y riesgos, control de impulsos pobre, euforia, necesidad reducida de dormir, pensamientos demasiado veloces y agresión.

Nota: Elaboración propia

Como se observa en la tabla 24 se detectó en el usuario una baja autoestima, sentimiento de inutilidad, ingenuidad, credulidad y síntomas hipomaniacos, estos datos se obtienen una vez concluido el proceso y previo a la sesión de seguimiento. Esto lanzó información en cuanto a los síntomas que el usuario presentaba en relación con la alta actividad que se observaba en él. Pareciera que esta alta actividad es canalizada por el usuario en asuntos de limpieza o el orden, así pues, podría haber una relación con el consumo de alcohol y probables episodios con características depresivas. En la escala de alcoholismo, la prueba arrojó poca probabilidad en el abuso con sustancias, esto ayuda a sostener que el alcoholismo ya no es una condición presente, sin embargo, queda el rezago familiar hacia este tema.

Tabla 25

Resultados AUDIT

0-7	Riesgo bajo
-----	-------------

8-15	Riesgo medio
16-19	Riesgo alto
20 +	Probable adicción

Nota: Elaboración propia

El cuestionario AUDIT que se utilizó de forma complementaria con el fin de identificar si el alcoholismo seguía presente el usuario. Como se visualiza en la tabla 25 se obtuvo una puntuación de 14, esto implica un riesgo medio, indicando que ocasionalmente puede llegar a consumir demasiado, este indicio sugiere que intente reducir su consumo de alcohol o deje de beber, sin embargo, no cumple con la puntuación para que podamos hablar de que el Alcoholismo esté presente en la actualidad. A lo largo del proceso nos dimos cuenta de que la dificultad que el usuario tenía para identificar sus emociones, o a no poder reconocerse vulnerable o pensar que tenía que sostenerse fuerte, le producía esta inclinación a beber. Para él era incluso difícil identificar las causas de su consumo, la psicoeducación en el reconocimiento de emociones ayudó a facilitarle este proceso.

Resultados cualitativos

Tomando en cuenta la intervención mediante el enfoque sistémico se pudieron obtener los siguientes resultados:

Una mejora en la comunicación del usuario, él refiere ejemplos de circunstancias cotidianas donde ya no ha asumido lo que piensa o siente con respecto de los otros, sino

que pregunta a los demás antes de reaccionar, se muestra menos explosivo y a la vez expresa lo que siente en vez de callárselo.

Logró identificar que lo que le molesta es cuando los otros no hacen las cosas como él las haría y ha podido flexibilizar las diferentes formas de hacerlo. Así mismo, con sus hijos le funcionó el uso de la metáfora del jabón: No sostener tan fuerte porque el jabón puede dispararse de sus manos, ni tan liviano que el jabón se resbale, él menciona que esto le ha ayudado a encontrar ese equilibrio entre guiarlos, pero dejarlos construir por sí mismos, y no solo en eso, también en su forma de comunicar.

Se pudo identificar cómo su historia de vida en la adolescencia se relaciona con su padecimiento actual, pudiendo reflejarse en sus hijos quienes están cercanos a entrar en esta etapa de vida; haciendo referencia a las habilidades o rasgos rígidos que tuvo que desarrollar para sobrevivir a su ambiente y observar que tal vez ahora pueda flexibilizarlos más. Sus pensamientos obsesivos sobre los quehaceres del hogar le son más fáciles de identificar ahora, y en vez de llevarlos en seguida a la acción puede permitirse disfrutar de otras actividades, como el descansar, ver una película o jugar con sus hijos.

Algo que fue de relevancia para el usuario fue identificar que se tenía en un rol de ser “el fuerte”, “el que resuelve” no permitiéndole contactar con sus emociones y permitirse ser vulnerable, esto se llegó a conectar con su consumo de alcohol, y cómo éste le ayudaba a poder romper con la rigidez. Él comenta que ahora al poder identificar lo que siente, le es más sencillo buscar una actividad que le permita canalizar dicha emoción de una forma constructiva, en su caso alguna actividad deportiva o recoger su casa.

Se logró redefinir las implicaciones que había tenido la ausencia de su padre, aunque no se consiguió trabajar mucho la relación con esta figura pues pareciera que el usuario tiene poca información sobre él, así como con el vínculo en pareja que mantenía con su madre, se observa que esto pueda ser un tema sensible o tabú en la familia, el cual aún genera cierta resistencia para él. Sin embargo, se han podido encontrar algunas correlaciones con esta figura y con su rol como papá, donde se encontró que el miedo a morir como sucedió con su padre, y lo lleva a tener dificultad entre ser permisivo o rígido en la crianza de sus hijos, con el fin de que ellos puedan sobrevivir en caso de que él no llegara a estar.

Hizo consciencia del lenguaje que usa consigo mismo al cometer errores, como las palabras “burro” o “incompetente”, mismas palabras que utiliza con sus hijos; descubriendo cómo este miedo a equivocarse lo lleva a ser agresivo consigo mismo y con los otros. Esto fomentó que el usuario pudiera ser más compasivo no solo con él, también con los demás.

Por último, en la reconstrucción de su Yo en pareja, pudimos observar que el tener una conducta paternalista con su esposa, resultaba contraproducente para el usuario pues esto lo llevaba a frustrarse por sentir que él hacía todo en el hogar, el que el usuario se permitiera descansar y flexibilizar su conducta en el orden y limpieza impulso a darle espacio a su esposa y que él pudiera reconocer mediante la excepción, los momentos en que ella también ejerce una colaboración con él.

A continuación, se enlistan en la tabla 26 algunos de los diálogos textuales explicitados por el usuario:

Tabla 26*Resultados explicitados por el usuario*

Comentarios del usuario

- ✓ “Ha cambiado mi forma de pensar en mi ser padre”
 - ✓ “Ya no alzo tanto la voz”
 - ✓ “Ya no manoteo”
 - ✓ “Ahora sí me doy cuenta cuando estoy mal y acepto cuando los demás están bien”
 - ✓ “La idea de “a la primera tiene que ser” ya no me sirve tanto, soy más paciente, sin descuidar lo que es importante”
 - ✓ “Antes me costaba dejarme recibir, ahora veo que mi esposa también apoya en cocinar o ver a los hijos y me manda mensajes de buenos días”
 - ✓ “Ya no me enoja tanto cuando algo sale de mi control porque observo que puede haber una solución”
 - ✓ “Me pasa que puedo reconocerle más a mi esposa y dejarme descansar con ella”
 - ✓ “Me ayuda identificar mis emociones, sé que puedo estar triste y no necesariamente deprimido, o si me siento solo no significa que me vaya a aislar, las cosas no siempre se dan como yo quiero. Antes hubiera gritado y hasta me hubiera ido de la casa. Si cuesta, pero voy avanzando”
 - ✓ “Me siento más descansado y liviano”
 - ✓ “Me siento sin remordimiento de qué va a pasar si dejo de hacer algo, menos presionado”
 - ✓ “Con la crianza de mis hijos, sí hay límites, pero también hay descanso, vamos de la mano, ni tan suelto, ni tan firme”
 - ✓ “Cuando me acuerdo de cómo era yo de niño, me ayuda a entender que mis hijos no son perfectos y que a veces se van a distraer”
 - ✓ “En el trabajo ya no intento resolver todo, ya no estoy atrás de mis compañeros corrigiéndolos, resuelvo lo que es mi labor manteniendo orden, pero sabiendo que no lo tengo que hacer todo ahorita”
-

Nota: Elaboración propia

La persona del Terapeuta

De acuerdo con Szmulewicz (2013) el terapeuta es una persona que inevitablemente en la terapia se presentará con sentimientos, pensamientos, percepciones y su propia biografía al estar en contacto con el usuario, esto no solo transforma la realidad del usuario sino también la suya.

En cuanto al enfoque sistémico, se espera que el terapeuta tenga conocimiento sobre los principios del enfoque, eso implica no centrarse de forma lineal en los síntomas del usuario y, por el contrario, tener una mirada amplia incluyendo a su familia, su medio social, profesional, cultural, relaciones significativas y sociopolíticas, puesto a que éstas se relacionan entre sí e interactúan con el sujeto. (Marsili, 2020, p. 19).

Se pueden identificar en la psicoterapeuta las siguientes áreas de oportunidad:

- Mayor confrontación.
- Aumento en la directividad.
- Disminuir estilo educativo.
- Creación de metáforas.
- Análisis del diagnóstico clínico

Así mismo, las siguientes habilidades a largo del proceso:

- Empatía.

- Alianza terapéutica.
- Escucha activa.
- Capacidad de análisis.
- Lanzamiento de hipótesis
- Observación del lenguaje no verbal.
- Elaboración de preguntas reflexivas.
- Identificar las fortalezas del usuario.

A lo largo del desarrollo del tratamiento y el entrenamiento en psicoterapia sistémica, la terapeuta identificó dificultades al momento de ser confrontativa con el usuario, sintió inseguridad por perder la alianza terapéutica con el usuario, sin embargo, comprendió que la confrontación era una herramienta útil para que los usuarios puedan tomar consciencia de ciertas conductas y a su vez responsabilizarse de las mismas. Así mismo, el estilo educativo era algo que la caracterizaba al inicio, solía buscar explicarle al usuario sus padecimientos con la teoría, en el proceso pudo ir transformando dicha característica para convertirla en un proceso reflexivo desde el paciente, y utilizándolo solo en momentos específicos donde ayudara al usuario como recurso.

De forma personal, pareciera que la terapeuta encuentra algunas similitudes en cuanto a la ausencia del padre, como en el caso del usuario, identificándose con el rol de hija parental, considera que esta parte, más allá de representar una dificultad en el proceso, pudo facilitar la empatía con el usuario, y así mismo poder identificar los recursos que esta experiencia le ha podido brindar.

Si bien, el usuario presentaba algunas resistencias para abordar ciertos temas, fue muy satisfactorio acompañar el caso y observar el desarrollo que el usuario iba construyendo, notando los cambios positivos que sucedían en él y en todo su sistema familiar. En un inicio se le notaba al usuario algo desconfiado y poco a poco se fue logrando una buena alianza terapéutica que permitió que los resultados fueran posibles.

Por último, experimentar la terapia sistémica para la terapeuta fue muy provechosa, pues si bien, en un inicio suponía un gran reto, y aun queda mucho por aprender sobre este enfoque, pudo percibir la eficiencia del modelo, y resalta lo valioso de centrarse en los recursos que el usuario ya posé.

Sugerencias para terapeutas en formación

Esta podría ser la sección más valiosa de todo el documento, si bien, aquí se representa una parte, un caso, de todo lo que ha implicado el proceso de ser psicoterapeuta en formación no alcanzaría para recopilar todo lo aprendido. Las siguientes son algunas de las sugerencias de la autora para psicoterapeutas en formación.

El miedo a equivocarse es algo que se identificó frecuentemente en la terapeuta, y en sus compañeras, algo que a lo largo de la maestría se comprende es a reconocerse principiante en esta nueva formación, aceptar que es el espacio seguro para equivocarte y no saber, de eso surge el verdadero crecimiento. Se recomienda permitirse experimentar las diferentes teorías y técnicas en lo posible, pues de esa forma se facilitará el proceso para encontrar las áreas de oportunidad.

Al menos en este espacio universitario fue relevante el trabajo personal y el trabajo íntimo como compañeros de grupo, es un reto mostrarse vulnerable con los otros y abrir parte de tu ser persona con los demás, es deseable propiciar un espacio seguro, de empatía y confianza, esto ayudará a que formen una red de apoyo como psicoterapeutas, no solo en el proceso de formación, sino también posteriormente.

Ser psicoterapeuta implica de un trabajo en uno mismo constantemente, por lo que es importante no descuidar tu salud física, ni mental, buscar espacios recreativos que disminuyan el estrés, la recreación y promuevan la creatividad. Así mismo, construir y atender la red de apoyo; al ser una labor que a veces puede vivirse de forma muy solitaria.

Si se llegara a detectar alguna dificultad en la atención hacia algún usuario, no dudar en contactar a otros profesionales psicoterapeutas que puedan brindar una mirada más amplia o complementaria sobre el caso, en ocasiones se puede llegar a tener puntos ciegos o no tener todas las respuestas.

Finalmente, reconocer esta experiencia como única, no es un proceso sencillo, sin embargo, vale la pena pensar lo mucho que has crecido no solo en conocimiento, sino personalmente al mirar atrás, y ver el punto donde te encuentres hoy.

Discusión

El ejercicio de sistematización para este trabajo explicado por Verger (2007) cumplió con el objetivo de llegar a una reflexión analítica para obtener un mayor entendimiento e interpretación del caso, así como a un abordaje amplio sobre los

componentes teóricos y prácticos del enfoque sistémico, se concluye como una herramienta valiosa para el aprendizaje y la transmisión de éste

El estudio de caso coincide con la literatura revisada con respecto de la intervención sistémica. Se establece consistencia con lo explicitado por Casas (2016), en cuanto a que los síntomas de un miembro no son un hecho aislado o lineal, se pudo identificar la correlación de sus rasgos obsesivos y alcoholismo con su historia de vida familiar y cómo ahora tiene implicaciones en su forma de relacionarse con el mundo, buscando de forma inconsciente la preservación del equilibrio familiar.

Bajo esta línea, la teoría de Bowlby (1988/2009) cobra sentido, en las repercusiones que tiene para la personalidad del usuario el fallecimiento de la figura de apego paterna, y la ausencia de la madre cuando sale a trabajar, generando en él desempeñarse como alguien cuidadoso, meticuloso, responsable y protector con los demás. Se coincide también, con lo que describen Parkes y Prigerson (2010); al existir un duelo familiar, los roles se modificaron y se tuvo que buscar un sustituto que supliera dichas funciones, para el usuario fueron las funciones domésticas, rol que conserva predominantemente en la relación con su esposa e hijos, como lo plantea Framo (1996) en referencia a la transmisión intergeneracional. Todo esto generó una mayor comprensión al usuario sobre si mismo, tomando consciencia para generar un cambio que le permitiera vivir una vida familiar más sana.

Como lo explicitan Bustos e Hidalgo (2021), fue de utilidad para el tratamiento indagar en el significado que el usuario le daba al “paternaje” pues se descubrieron significados y patrones que se enlazaban con la relación de su propio padre, y esto permitió

translaborar y encontrar un nuevo equilibrio en su rol como papá. De la mano, tal como lo afirma Moreno (2014) el uso de la metáfora fue una de las técnicas que más impactó en el usuario, enriqueciendo este balance entre ser un padre rígido, castigador, y el padre que guía, acompaña y suelta para que puedan crecer por sí mismos.

Las preguntas circulares explicadas por Ceberio y Rodríguez (2020) apoyaron a llevar al usuario a una reflexión más profunda de su problemática, ayudándolo a diferenciarse de su sistema familiar de origen, y permitiéndole construir su propia versión al relacionarse con los demás.

Otra de las técnicas que se resaltan en este proceso por su efectividad, fue remarcar las fortalezas del individuo, de la familia y de las diferentes circunstancias. Dado a que el usuario suele tener foco en lo que falta, está mal, o equivocado, esta herramienta de intervención fomentó que construyera un lenguaje más autocompasivo consigo mismo y con los demás, así mismo, logró resignificar su historia de vida.

La pregunta milagro de Shazer (1991) tuvo un efecto positivo para que el usuario hiciera conciencia de los pensamientos obsesivos y cómo estos lo llevan a enojarse y a no permitirse disfrutar de los momentos con su familia y pareja, con esta intervención se obtuvo como resultado, que el usuario pudiera detenerse a ver el pensamiento y no tener que limpiar u ordenar todo el tiempo y posibilitar en él los momentos de descanso como el resto de los integrantes de su familia.

Si bien en este procedimiento se buscó trabajar con la sintomatología que generaba malestar al usuario en relación con las características del trastorno de la personalidad

obsesivo compulsiva, fue interesante ir descubriendo signos de alta actividad, que en su momento se hipotetizó que pudiera tener relación con el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, esto mismo llevó a la terapeuta a querer aplicar el MMPI-2 previo a la sesión de seguimiento para poder identificar si se relacionaba con un trastorno Ciclotímico, ya que fue complicado hacer un diagnóstico diferencial pues el usuario no parecía identificar síntomas relacionados a la depresión, sin embargo, se pudo notar que los episodios que tuvo en relación con el alcoholismo podían estar cubriendo probables síntomas depresivos o bien solo dirigir la energía acumulada hacia dicha acción.

Si bien, el MMPI-2 arroja datos de características hipomaníacas, pareciera que el usuario también cumple con algunos criterios para el TDAH. El tiempo establecido para brindar servicio al usuario impide poder seguir dando un acompañamiento a esta sintomatología, sin embargo, se le hizo saber al usuario lo observado y se le invitó a continuar con un proceso psicoterapéutico, así como asistir a consulta psiquiátrica.

En este ejercicio se buscó mantener un único enfoque de intervención, la psicoterapia sistémica, utilizando una mirada que diera coherencia al síntoma. Como lo mencionan Jasiński, Paz y Feixas (2016) “El síntoma es coherente con los significados implícitos, raramente conscientes, que fueron adaptativas en el pasado y que actualmente siguen activas dando lugar al síntoma” (p. 132). Por tanto, se buscó no guiar el caso basándose en el diagnóstico, u oponiéndose al síntoma, sino buscando entender la situación o experiencia que lo genera, e integrarlo de forma consciente en el usuario. Pareciera que esto generó una mirada mucho más amplia en él, permitiendo así un ejercicio de

consciencia que le permitiera hacer cambios en la conducta y en su forma de relacionarse con el mundo.

Si bien el enfoque sistémico tiene una visión terapéutica que engrandece hacia una mayor comprensión de la problemática, se sugiere una mirada psicoterapéutica integral que enriquezca el abordaje, por momentos, tener presente el diagnóstico podría apoyar a dar un mejor acompañamiento al usuario al incorporar perspectivas teóricas complementarias

Finalmente, la práctica de supervisión resultó como un ejercicio útil para integrar los conocimientos prácticos, teóricos y personales en la formación de la terapeuta y, así pues, brindar un servicio de calidad a los usuarios.

Referencias

- Andrade, D., Espinoza, J., Hurtado, F., y Robalino, D. (2021). Psicoterapia Online: Aplicación desde una perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Scientific*, 6(22), 56-77
- Alcázar, J. R., Campos, N. H. & Reyes, V. (2020). Propiedades Psicométricas de la Escala de Pensamientos de Enojo para Adolescentes. *Psicogente* 23(43), 1-20.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed., VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (2006). *BDI-III Inventario de Depresión de Beck*. Paidós.
- Beck, A., Steer, R., Brown, G. (2009). *Inventario de depresión de Beck*. Paidós.
<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/BECK%20-%20BDI-II%20Manual.pdf>
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck (Adaptación española de Sanz, J.)*. Madrid: Pearson Educación.
- Benito, E. (2009). Las psicoterapias. *Revista latinoamericana de ciencia de la psicología*, 1 (1), 1-9.

- Bernstein, D & Nietzel, M. (1982) *Introducción a la Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. McGraw Hill
- Bezanilla, J. M., Pérez, V. T., & Lara, L. A. (2010). Análisis de la adaptación de la prueba psicológica MMPI-II para su aplicación en la población Mexicana. *ECOS Desde las fronteras del conocimiento. Revista electrónica*, (6), 25-42
- Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2018). *Historia de la terapia familiar*. Paidós
- Bogza, I. A. (2005). La terapia familiar sistémica y el duelo.
https://www.academia.edu/download/38066154/Duelo_4_1_.pdf
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (1987). La terapia sistémica de Milán. A.S. Roizblatt. *Terapia familiar y de pareja* (224-243).
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Bustos, B. G. (2021). *Construyendo la Paternidad. Un acercamiento desde la teoría sistémica* [Tesis de pregrado, maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/18989>
- Butcher, J.N., Graham, J.R, Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G. y Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (4ª Ed.) (A. Ávila-Espada y F. Jiménez-Gómez, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.

- Caro, I. (2018). La Integración en Psicoterapia: Un Obstáculo y Desafío Principal. *Terapia Psicológica*, 36(3), 177-180.
- Casas, G. (2016). Una perspectiva sistémica de la familia. *Revista Costarricense De Trabajo Social*, (12).
- Castro, D. (2021). Ficha técnica de inventario de depresión de Beck. *Docz*.
- Cardona, I. L. y Osorio Sánchez, Y. L. (2015). Uso de la metáfora en terapia familiar. Aportes al enfoque narrativo. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 15-35.
- Ceberio, M., y Rodríguez, S. (2020). El arte de preguntar en psicoterapia. *Revista de Avances en Psicología*. 6(1) 209.
- Ceberio M.R. (2016) Terapia breve sistémica: una breve introducción [Artículo presentado en las Jornadas provinciales de Psicología.] *Cómo pensar las prácticas psicológicas: desafíos actuales*, Trenque Lauquen, Argentina.
https://www.academia.edu/download/49606252/TERAPIA_BREVE_SISTEMICA.pdf
- Correa, J. H., Braz, P. P., Dos Santos, M. A. y Oliveira-Cardoso, É. A. (2023). Cambio de la atención psicológica presencial a modalidad remota: facilitadores y obstáculos en la pandemia de COVID-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, 1-9
- Daskal, A. M. (2023). Desde ser psicoterapeuta, a ser supervisor clínico. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 19-36.

- De la Cruz, R. (2022). El modelo de psicoterapia breve estratégica de Giorgio Nardone. *Ciencia Y Psique*, 1(1), 67-80.
- De la Fuente, J. R., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. Facultad de Medicina, *UNAM*. 35 (2), 47 -51.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Ediciones Paidós.
- De Vicente-Colomina, Aída, Santamaría, Pablo, & González-Ordi, Héctor. (2020). Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica: PSYCHOCARE Guidelines. *Clínica y Salud*, 31(2), 69-76.
- Fernández, H. (2011). Supervisión en Psicoterapia. *Revista de APRA*, 1
- Framo J. L. (1996) *Familia de Origen y Psicoterapia: Un enfoque intergeneracional*. Barcelona: Piados.
- Garb, H. N. (2000). On Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. *Prevention & Treatment*, 2.
- Guerrero, D. K., Montoya, S. J., Álvarez, V. y Moreno, Z. E. (2019). Externalización del problema y relación con la terapia familiar sistémica. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, (3), 63-79.
- Gomes, C., y Araújo, M. (2016). Psicoterapia Online: Demanda crescente esugestões para regulamentação. *Psicologia em Estudo*, 21(4), 735-744
- González, L., y Martínez, M. (2016). Pérdida parental en la infancia y consecuencias en la edad adulta. [Tesis para obtener el Grado de enfermería]. Universidad Autónoma

de Madrid.

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675748/gonzalez_mansilla_luci_atfg.pdf?sequence=1

- Hernández, A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Universidad Psychol Bogotá*. 6(2) 285-292.
- Iwakabe, S., & Gazzola, N. (2009). From single- case studies to practice-based knowledge: aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy research*, 19(4-5), 601-611.
- Jara, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles* (1a ed.). Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano - CINDE.
- Jasiński, M., Paz, C., y Feixas, G. (2016). La terapia de la coherencia: un enfoque constructivista apoyado por la neurociencia contemporánea. *Acción psicológica*, 13(1), 131-144.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26-31.
- López, Y., García, M., Álamo, D., García, I., Etopa, M. D. P. y Medina, R. (2023). Revisión bibliográfica de los métodos de evaluación de la entrevista clínica en ciencias de la salud. *Revista Española de Educación Médica*, 4(3) 14-19

- Marsili, M. (2020). Competencias profesionales de psicoterapeutas en formación sistémica. [Trabajo final integrador para obtener el grado de Licenciatura en Psicología]. Universidad de Palermo.
- <https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2154/Marsili%2C%20Malena.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Minuchin, S. (2003). Familias y terapia Familiar. (V. Fichman, Trad., 1). Editorial Gedisa Mexicana, S. A. (trabajo original publicado en 1974).
- Minuchin, S. (2004). Familias y terapia familiar. (Víctor Fichman.;1ªed). Gedisa editorial. (trabajo original publicado en 1974).
- Minuchin, S. y Fishman, H. (2004). Técnicas de terapia familiar. (J. L. Etcheverry., 1ªed.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1981).
- Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica: principios y herramientas de intervención*. Editorial Desclée de Brouwer.
- <https://elibro.net/es/lc/iberopuebla/titulos/115880>
- Norcross, J.C., Beutler, L.E., & Levant, R.F. (2006). Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions. *Psychiatric services*, 58 (6), 882-883
- OMS. (2001). *AUDIT*. Generalitat Valenciana. Conselleria de benestar social.
- <https://www.paho.org/es/documentos/audit-cuestionario-identificacion-transtornos-debidos-al-consumo-alcohol-2001>

- Pades, A. (2006). La entrevista clínica: Herramienta para cuidar. *Ágora Enferm.* 10(1), 900-904.
- Parkes, C. M. y Prigerson, H. G. (2010). *Breavement studies of grief in adult life* (4th ed.). Routledge.
- Paz, S., y Peña, B. (2021). *Fundamentos de la evaluación psicológica*. Universidad Politécnica Salesiana.
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20863/5/Fundamentos%20de%20%20evaluacio%cc%81n%20psicologo%cc%81gica.pdf>
- Pérez, L. (2021). Análisis de un tratamiento desde la Terapia Sistémica breve centrada en la resolución de problemas en modalidad Cámara Gesell online. [Tesis para obtener el grado de licenciada en psicología]. Universidad de Palermo.
<http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2348/P%C3%A9rez%20C%20Laura%20Gabriela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramos, V. A. (2016). Padre ausente y rasgos de personalidad. [Tesis para obtener el grado de licenciada en psicología clínica]. Colegio Liceo San Luis.
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/05/42/Ramos-Victoria.pdf>
- Rodríguez, M., Agostinelli, J., Daverio, R., Benedicto, G., Cocola, F., Jones, G., Calligaro, C. y Diaz, M. (2021). Psicoterapia online en tiempos de Covid-19: adaptación, beneficios, dificultades. *Archivos de Medicina*, 21 (2), 548 – 555.

Satir, V. (1998). Cap. 18 Retrato parcial de un terapeuta familiar en proceso. En Fishman, H. y Rosman, L. (1era ed.) *El cambio familiar: desarrollos de modelos*. (pp. 293-309). Gedisa

Scandar, M. G. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate, 14* (1), 69-84

Silva, E. J. (2019). Las preguntas desde la perspectiva sistémica. DOI: 10.13140/RG.2.2.28940.46724

Spielberg, C. (2009) *Inventario de Expresión de Ira Estado – Rasgo (STAXI – 2) (3ra Ed.)* Editorial TEA

Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. (2da ed.). Morata.

Starman, A. B. (2013). The case study as a type of qualitative research. *Journal of contemporary educational studies, 64* (130), 28-43

Suarez, M. A. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica La Paz, 16*(1), 53-57.

Suarez, M. A. (2015). Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares. *Revista Médica La Paz, 21*(1), 72-74.

Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 51*(1), 61-69

- Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científico-sanitaria*, 4(3), 36-45.
- Vargas, J. J. y Ibáñez, E. J. (2002). Enfoques teóricos de la transmisión intergeneracional. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 5(2).
- Vásquez Muriel, J. G. (2012). Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones psicológicas online. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35), 346-365
- Verger, A. (2007). Sistematizando experiencias: análisis y recreación de la acción colectiva desde la educación popular. *Revista De Educación*, (343), 623-645.
- Weinberg, H. y Rolnick, A. (2020). *Theory and Practice of Online Therapy Internet-delivered Interventions for Individuals, Groups, Families, and Organizations*.
Routledge

