

Intervenciones Sistémicas Breves en Drogodependencias.

José María Ruiz-Prados Garrigós.
Psicólogo Clínico de la Unidad de Drogodependencias del Área de Salud de Alcoy. Servei Valencià de Salut. Director del Centro de Terapia de Familia de Alicante.

Victoria Carrera González.
Coordinadora de la Unidad de Drogodependencias del Área de Salud de Alcoy.

La Unidad de Drogodependencias del Área de Salud de Alcoy es un recurso especializado de segundo nivel que presta asistencia a las personas o familias que demandan ayuda por presentar algún problema relacionado con el uso/abuso de drogas y también a otros problemas adictivos (ej. ludopatías).

La población de nuestra Area de Salud tiene aproximadamente 135.000 habitantes distribuidos en 32 municipios.

Independientemente de que una sustancia externa entre en el organismo o no, abordamos el problema desde una perspectiva sistémica que iremos comentando más detenidamente.

Dicha perspectiva responde a una manera específica de construir el mundo y por tanto, de entender cuál es el problema, por qué lo es y aquello que es más apropiado hacer.

Es imprescindible pues, que nos detengamos en el modelo terapéutico.

Las intervenciones terapéuticas, en la práctica clínica diaria, se realizan en función(1) del modelo o de la orientación que el equipo terapéutico ha adoptado.

La adopción de un modelo es, al menos en nuestro caso, un proceso sedimentario. Este trabajo pretende mostrar los distintos sedimentos que a lo largo del tiempo, hasta hoy, se han ido depositando y que configuran nuestra construcción actual de entender y llevar a cabo las intervenciones terapéuticas.

Un modelo es un análogo conceptual que sirve para hacerse preguntas y para iniciar investigaciones empíricas. Se recurre a una serie de estructuras o fenómenos conocidos a fin de entender los que se ignoran. Los modelos son así, modos de representación que ayudan a seleccionar ciertos hechos como relevantes y a organizar sus relaciones.

La Cibernética y la Teoría General de los Sistemas, auspiciadoras oficiales de la nueva perspectiva en salud mental, la **Terapia Familiar Sistémica**, proporcionan un útil análogo analítico y permiten distinguir ciertos fenómenos oscurecidos con el uso de los análogos propios de la psiquiatría clásica, el conductismo y el psicoanálisis.

Sobre la noción de sistema se han desarrollado definiciones diversas que podemos resumir distinguiendo dos sentidos, uno matemático y otro holístico(2).

En sentido matemático, Bertalanffy (1976), el sistema está formado por partes mutuamente trabadas caracterizadas por una serie de magnitudes, a las que se asocian variables ($X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$) que representan determinados atributos, cualidades, propiedades o características del sistema. Estas son susceptibles de recibir un valor numérico que permite examinar matemáticamente su relación. Bertalanffy plantea una Teoría de los Sistemas Dinámicos, dando descripciones matemáticas de propiedades de los sistemas, tales como totalidad, suma, crecimiento, finalidad o equifinalidad deducidas mediante ecuaciones diferenciales simultáneas.

En sentido holístico, según Aracil (1986), sistema es una porción del mundo real que presenta alguna forma de organización que le suministra su entidad y que se mantiene frente a influencias del entorno. Definición fácilmente aplicable a la familia y a otras organizaciones formales e informales. La familia es un conjunto de elementos relacionados entre sí, que contribuyen a determinados fines en virtud de su relación.

Las figuras más representativas de la Teoría de Sistemas se han decantado a favor del sentido matemático. Esta formalización, por muy novedosa y fructífera que haya sido en otros muchos campos, parece encontrar dificultades en el de la psicoterapia. En el proceso terapéutico hay personas (clientes, terapeuta, equipo) decidiendo sobre la "realidad" de los hechos y sobre la pertinencia de los objetivos planteados (construidos). La acción terapéutica no depende sólo de las reglas para aplicar las distintas técnicas, depende también de la acción de la comunicación. Los fenómenos comunicacionales no son causales, exigen atribuir preferencias, habilidades, creencias y propósitos a los individuos involucrados en el proceso terapéutico.

El campo de la cibernética evolucionó a saltos y cada nuevo salto implicaba el desarrollo de nuevas ideas, nuevos términos y nuevos temas predominantes. Cada nuevo desarrollo afectó a su vez al lenguaje, la lógica y los temas de los campos influenciados por la perspectiva cibernética.

La cibernética creció a partir de la ingeniería de comunicación y de la ciencia de la computación como un medio para entender los principios generales que regulan los sistemas de cualquier tipo.

La cibernética de Primer Orden se basaba en la asunción de que el sistema que es observado puede ser considerado separado respecto del observador. Esta cibernética en su **Primera Ola** se centraba en cómo los sistemas *mantiene*n su organización, **la Segunda Ola** o "Segunda Cibernética" en cómo los sistemas *cambian* su organización.

La cibernética de Segundo Orden, "la Nueva Cibernética" ya incluye el rol del observador en la construcción de la realidad que está siendo observada. La realidad deja de ser concebida como independiente de las tentativas de organizarla por parte del observador. Esta cibernética implica una posición *meta* con respecto a la de Primer Orden (Primera y Segunda Ola) y por lo tanto las incluye.

Los precursores del Movimiento Sistémico en salud mental: Bateson, G.(1991), Jackson, D.(1960), Haley, J.(1974, 1980.a, 1980.b), Satir, V.(1983), Minuchin, S.(1977, 1984), Watzlawick, P.(1989.7ª, 1989.6ª, 1989.4ª, 1992.5ª, 1993.2ª, 1994), Selvini, M.(1988), Fisch, R.(1982), sin olvidar al precursor de estos precursores, Milton H. Erikson (1992) tuvieron presentes, a la hora de plantearse sus investigaciones/práctica clínica (actividades terapéuticas exitosas y no exitosas), la Teoría General de Sistemas, que implica la interdependencia estratégica de las actividades de los organismos, a la que unieron el estudio del funcionamiento de la acción comunicativa y de la cibernética (de Segundo Orden).

Desde sus comienzos, la **Terapia Familiar Sistémica**, se ha basado en el pensamiento estructural (concepción matemática de la T.G.S. y cibernética de Primer Orden) que mantiene al terapeuta como observador científicamente separado y separable de lo que observa.

Muchos terapeutas familiares mantienen el presupuesto estructuralista de que un análisis riguroso del sistema familiar y del problema lleva a entender el sistema familiar, el problema y sus causas o la enfermedad subyacente. Lo que el cliente presenta, de lo que se queja, es definido como un mero "síntoma" de alguna otra cosa (estructura desadaptada, confusión en los subsistemas, jerarquías incongruentes, alianzas transgeneracionales etc.).

Steve de Shazer (1990) nos propone, muy acertadamente desde nuestro punto de vista, que la distinción que tradicionalmente vienen haciendo los terapeutas familiares, entre enfoques estructural y estratégico o breve, cambie y estas posiciones pasen a denominarse perspectivas estructural y post-estructural.

El pensamiento post-estructural basa su posición en la concepción holística de la T.G.S., en la cibernética de Segundo Orden y en el concepto desarrollado por Ludwig Wittgenstein (1988) "juegos de lenguaje", concepto que analizaremos más en profundidad.

Para Wittgenstein (1988, #23), "la expresión "juego de lenguaje" debe poner de relieve que *hablar* el lenguaje forma parte de una actividad o de una forma de vida", y continúa en el #23, "ten a la vista la multiplicidad de juegos de lenguaje en estos ejemplos y en otros:

- Dar órdenes y actuar siguiendo órdenes.
- Describir un objeto por su apariencia o por sus medidas.
- Fabricar un objeto de acuerdo con una descripción
- Relatar un suceso.
- Hacer conjeturas sobre el suceso.
- Formar y comprobar una hipótesis.
- Presentar los resultados de un experimento mediante tablas y diagramas.
- Inventar una historia, y leerla.
- Actuar en teatro.
- Adivinar acertijos.
- Hacer un chiste; contarlo.
- Resolver un problema de aritmética aplicada.
- Traducir de un lenguaje a otro.
- Suplicar, agradecer, maldecir, saludar, rezar".

Un juego de lenguaje es una actividad vista como un lenguaje completo en sí mismo, un sistema completo de comunicación humana en el sentido de que permite aplicar las propiedades de la T.G.S., "el conjunto de todos los significados es más que la suma de sus partes" y que el cambio en un significado puede afectar a todos los significados del sistema.

Los juegos de lenguaje son completos en el sentido de que no existe ninguna necesidad de mirar detrás o debajo de las cosas, ya que todo lo necesario es fácilmente accesible y está a la vista. No hay nada oculto.

Los juegos de lenguaje son actividades estructuradas y compartidas culturalmente que se organizan en torno al uso que las personas hacen del lenguaje para describir, explicar y justificar.

El pensamiento post-estructural considera que nuestro mundo (nuestro contexto social, interaccional) es creado por el lenguaje, por las palabras: "el lenguaje constituye el mundo humano y el mundo humano constituye el mundo en su totalidad" (Harland, R.1987).

Esta posición invierte los modelos habituales de realidad: lo que se suele considerar como "superficie" toma relevancia sobre la estructura de "base". La tarea del terapeuta no es leer entre líneas para descubrir el significado oculto de lo que los clientes presentan, sino por el contrario, "leer las líneas" de lo que los clientes presentan.

A los estructuralistas les interesa "conocer" el mundo humano, descubrirlo a través del detallado análisis observacional y recogerlo en mapas mediante amplias redes explicativas. Su postura sigue siendo la meta del pensamiento científico tradicional, "la objetividad", "la verdad".

Los post-estructuralistas cuestionan la oposición entre sujeto y objeto, de la que depende la posibilidad de la objetividad.

En el campo de la terapia familiar, la perspectiva estructural mantiene, que el significado y la verdad están detrás o dentro de un sistema o de una estructura familiar.

Los post-estructuralistas, por el contrario, destacan la interacción de terapeuta (equipo) y cliente como actividad a través de la cual se negocian significados.

El concepto de "síntoma" es un buen ejemplo de pensamiento estructural. Los "síntomas" son el resultado de algún tipo de problema subyacente, de algún problema psíquico o estructural. El significado y la comprensión se encuentran debajo y detrás de las palabras y por lo tanto **interpretar** lo que está sucediendo, pasa a ser más importante que lo que está sucediendo.

Por contra, para el post-estructuralismo el que algo reciba o no la etiqueta de "síntoma" es una cuestión de negociación entre las personas implicadas, no se trata de una "realidad objetiva".

Al hacer terapia no se puede separar al terapeuta (equipo) de lo que hace, con quién lo

hace y el contexto donde lo hace, ni puede diferenciarse al cliente como un objeto independiente de estudio.

Hacer terapia implica lenguaje (palabras, gestos, expresiones faciales, silencios, etc.) y por lo tanto el lenguaje debe formar parte de la descripción, del análisis de ese todo, que denominamos **sistema terapéutico**(3). Sin embargo, hacer terapia no es establecer una conversación ordinaria entre dos o más personas. Los clientes acuden a los profesionales con un propósito, quieren cambiar algo, hacer sus vidas más satisfactorias.

Una de las formas de conceptualizar y describir este "todo" que llamamos terapia, es entenderla como una actividad en la que se dan un conjunto de "juegos de lenguaje" relacionados pero distintos.

El concepto de juego de lenguaje puede ayudar a los terapeutas a dar sentido y organizar la conversación (terapéutica) con sus clientes.

En el enfoque de la **Terapia Familiar Breve Centrada en las Soluciones** (de Shazer, 1989.1ª, 1989, 1990, 1992), tienden a predominar los juegos de lenguaje de construcción de excepciones, establecimiento de objetivos, construcción de soluciones y terminación.

Cada juego de lenguaje ayuda a determinar cómo se emplean las palabras dentro de él y por tanto qué van a significar para terapeutas y clientes. Dentro de juegos diferentes, la "misma" palabra puede tener distintos usos y por tanto significados diversos.

LA TERAPIA FAMILIAR BREVE CENTRADA EN LAS SOLUCIONES.

Nuestro equipo ha preferido seguir la línea de la terapia familiar breve centrada en las soluciones.

El Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB) de Milwaukee (USA), cuyo más conocido investigador es Steve de Shazer junto con su equipo: Eve Lipchik, Insoo Kin Berg, Elam Nunnally, Wallace Gingerich, Rone Kral y Kate Kowalski, inició esta línea.

Este equipo, ofrece una nueva forma de plantearse y enfocar la terapia, cuyas características más importantes pueden ser:

- 1.- Se apartan de las explicaciones, los problemas y las patologías para dirigirse hacia las **SOLUCIONES, COMPETENCIAS Y CAPACIDADES**. Se centra en los recursos de las personas más que en sus déficits, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones.
- 2.- Los terapeutas de CTFB se centran en identificar lo que funciona (excepciones a la queja) a fin de fijar y amplificar estas secuencias de solución. Han dejado de centrarse en la identificación de los patrones de interacción en torno a la queja.
- 3.- Entienden la terapia como sistema y ponen el acento EN UNA TEORÍA DE LA

SOLUCIÓN, que consideran aplicable bajo las siguientes condiciones de la esfera de acción (Berger 1977) (condiciones teóricas generales, de Shazer 1990):

- a) Las personas que interactúan:
 - se concentran en la tarea (se describe un problema y se fijan metas reconocibles), y
 - tienen una orientación colectiva (todos los participantes comparten los esfuerzos por lograr el/los objetivo/s).
- b) El lugar físico incluye un consultorio que está conectado con un cuarto de observación por un espejo unidireccional, un intercomunicador, equipos para grabar en vídeo y audio y una puerta.
- c) La terapia la realiza un equipo formado por un terapeuta que está en el consultorio con el usuario/s, y uno o más terapeutas que están detrás del espejo.
- d) El cliente/usuario es una persona, o una pareja, o un grupo familiar, o un miembro o varios de un grupo familiar.
- e) La entrevista (dentro del marco de referencia en el que el usuario llega a terapia porque quiere resolver su problema) es un proceso que se configura interaccionalmente a través de la conversación entre terapeuta y usuario/s. Es una construcción, un juego de lenguaje del "problema" del usuario, cuyo propósito es producir cambio en la situación que describe el cliente, ya que en realidad, la entrevista "sólo" es una conversación, el cambio al que se refieren se puede definir con más precisión como "conversación acerca del cambio".

El núcleo central de la entrevista consiste en ayudar a los usuarios a cambiar su manera de construir su experiencia problemática.

Lo que cuenta es que el usuario considere satisfactoria la solución que construye junto al terapeuta.

Como resultado de la entrevista se desarrollan tres tipos de relaciones entre terapeuta/s y usuario/s:

. ¿Visitantes?

Personas que no parecen tener un motivo de consulta y la razón por la que se encuentran en el consultorio es que le llevaron o alguien les dijo que fueran o les envió el juez o...

Puesto que no hay un problema con el que trabajar, la terapia no puede comenzar (esta situación está fuera de la esfera de acción de la teoría) por obvio que el "problema" pueda parecer a un observador. En estas situaciones es útil pensar que se trata de una "visita" y por tanto empatizar al máximo y ponerse siempre de parte de la/s persona/s entrevistada/s.

• ¿Demandantes?

Si se determina un motivo de consulta por más confuso, vago, global o específico que sea, es el signo de que la terapia puede comenzar. Demandante es el cliente/usuario que ha desarrollado alguna expectativa de solución como resultado de la entrevista, por lo que se les pueden dar tareas en las que han de cooperar.

• ¿Compradores?

Cuando en el transcurso de la entrevista el demandante da claras muestras de que no sólo tiene buena disposición sino de que quiere hacer algo respecto del problema. Los compradores se diferencian de otros demandantes, exclusivamente por el modo en que describen su situación y sus objetivos. En estas situaciones el equipo puede encargar tareas con un alto grado de confianza en que el usuario las ejecutará y las encontrará de utilidad.

- 4.- El terapeuta, a lo largo de toda la sesión, debe ir desarrollando una cierta "adaptación a la/s persona/s que entrevistan". Este tipo de relación supone un tipo especial de intimidad, receptividad o armonía. Cuando se establece la "adaptación", todos los participantes se prestan mucha atención (rapport).

NUESTRA EXPERIENCIA PRÁCTICA CON EL MODELO CTFB EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

Nuestro equipo comenzó en 1993 a planificar y realizar sus intervenciones clínicas desde el enfoque "centrado en las soluciones" (Ruiz-Prados et al. 1994) (dentro del DSM-Sistémico: las excepciones son la solución)(4), para ello ha sido preciso introducir distintos cambios:

Referidos al equipo:

- 1.- El equipo pluridisciplinar ha pasado a ser entendido en su totalidad como parte del "Sistema Terapéutico". Ello quiere decir que todos los miembros del equipo asisten a la sesión; uno o más dentro de la sala de terapia y el resto en la sala contigua siguiéndola por T.V.
- 2.- El equipo terapéutico tiene la posibilidad de comunicarse entre sí en cualquier momento durante el transcurso de la terapia, ya sea mediante el teléfono interior o simplemente llamando a consulta al terapeuta que se encuentra con los usuarios.

- 3.- Durante las sesiones, los miembros del equipo que se encuentran fuera, van comentando y anotando sus observaciones en registros estandarizados.
- 4.- Hacia el final de la sesión se establece una PAUSA, durante la cual el equipo valora la sesión y elabora las prescripciones que se leerán al/los usuarios.
- 5.- Se realizan revisiones de las grabaciones preparatorias a las siguientes sesiones.

Referidos al desarrollo de las sesiones, diferenciando entre primera sesión y segunda sesión y siguientes:

La duración máxima de las sesiones es de unos 45 minutos para la primera y unos 30 minutos para las restantes. Estas sesiones tal y como queda contextualizado en el contrato terapéutico, son grabadas en vídeo y audio y son seguidas a través de un circuito cerrado de T.V. Las cintas son parte de la historia clínica.

1.- Primera sesión:

Se pone especial cuidado en establecer "rapport". Siempre se inicia este primer encuentro comentando aspectos ajenos a toda queja. El equipo valora previamente qué profesional puede ser más adecuado para trabajar "cara a cara".

Se establecen nuestras "marcas de contexto" (esfera de acción) que aparecen reflejadas en las condiciones de trabajo, que firmarán por duplicado el/los usuarios y terapeuta/s.

En esta primera sesión comenzamos preguntando ¿qué te/os trae por aquí?.

Una vez determinado claramente el motivo de consulta (queja), se pasa a la búsqueda de excepciones, ya sean deliberadas o espontáneas, trabajando las diferencias entre las excepciones y la queja.

Posteriormente, se fijan objetivos concretos (pueden ser útiles los objetivos mínimos) y se establecen modos de medir su consecución.

Se establece la pausa comentando todo el equipo los aspectos de la entrevista, elaborando conclusiones, prescripciones y la fecha de la siguiente sesión que se ofrecen al/los usuarios al regreso de dicha pausa, cerrando la sesión.

2.- Segunda sesión y siguientes:

En la segunda sesión y siguientes, comenzamos preguntando ¿qué cambios se han producido? y verificamos la ejecución de la tarea. El desarrollo de las sesiones sigue el mapa que utiliza el equipo de Shazer (1992).

La terapia finaliza cuando el usuario **manifieste** que los objetivos (respecto de la queja) se han alcanzado.

ALGUNOS DATOS COMPARADOS (A COMENTAR EN EL TALLER).

Tabla 1. Distribución comparativa por sexos de dos años consecutivos.

	1993	1994
VARONES	85,5%	73,2%
MUJERES	14,5%	25,6%
TOTAL	48	81

Destacar: -incremento de la población femenina en un 73%.
-incremento del nº de pacientes del 71%.

Tabla 2. Edad comparada de los pacientes.

	1993	1994
< de 20 años	12,51% (6)*	21,96% (18)*
de 20 a 30 años	58,33% (28)	82,93% (68)
de 31 a 40 años	24,99% (12)	8,54% (7)
> de 40 años	4,16% (2)	4,88% (4)

Destacar: *Incremento de menores de 20 años en 1994 del 75,5%.

Tabla 3. Resultados de determinaciones de drogas en orina.

Substancia	1993	1994
heroína	475 (102 P)*	424 (197 P)*

anfetaminas	244 (107 P)**	319 (4 P)**
cocaína	NS	NS
cánnabis	NS	NS

*p<0,00001. **p <0,004. NS=no significativo P=positivos.

Destacar: incremento de positivos de heroína y descenso de anfetaminas en 1994.

Tabla 4. Resultados de las pruebas de detección de anticuerpos para VIH, Hepatitis B y Hepatitis C.

Prueba	1993		1994	
	n determin.	positivos	n determin	positivos
Anti-VIH	20 (41,66%)	2,08%	27 (33%)	3,66%
Hepatitis B	18 (37%)	8,33%	24 (29%)	3,66%
Anti-VHC	13 (27%)	12,5%	25 (30%)	15,85%

La prevalencia de positivos a anticuerpos del VIH es muy baja en nuestra Área de Salud. Algo mayor es la de marcadores de hepatitis B y la más elevada la de hepatitis C.

Tabla 5. Porcentaje de pacientes según período de abstinencia mayor de 3 meses comprobado por determinación de metabolitos de la droga motivo de consulta en orina (EMIT).

Abstinencia >3meses	1993	1994
SI (comprobada)	25%	25,61%
NO (comprobada)	56,25%	47,56%
No analíticas	18,75%	31,41%

Tabla 6. Fármacos prescritos

dosis/paciente

dosis/paciente

	media 1993	media 1994
dextropropoxifeno (agonista)	8.693 mg.	6.747 mg.
clonidina	323 mg.	3,3 mg
diacepán	478,2 mg.	108,6 mg.
naltrexona (antagonista)	594 mg.	1.489 mg.

Se cumplió el objetivo marcado para 1994 de reducir el uso de fármacos durante las primeras fases (desintoxicación) y se incrementó el uso de antagonistas como refuerzo de la abstinencia.

Tabla 7. Otros datos

1.- La mayor parte de los pacientes (77% en 1993 y 89% en 1994) NO habían recibido tratamiento previo por consumo de drogas.
2.- La media de tratamientos paciente/años fue similar en ambos grupos (2,0 en 1993 y 1,95 en 1994). Se considera como tratamiento cada vez que regresa a pedirlo tras haberlo interrumpido.
3.- Se trabajó con las familias en un porcentaje similar (52% en 1993 y 69% en 1994).
4.- La media de días de tratamiento farmacológico/paciente con prescripción fue de 29,6 en 1993 y de 24,3 en 1994.
5.- La media de entrevistas/pacientes fue de 18,7 durante 1993 y de 11,4 durante 1994.
6.- La media del tiempo total de permanencia en tratamiento/paciente fue de 6 meses durante 1993 y de 8 meses durante 1994.

NOTAS:

- (1) Función es un concepto matemático que expresa la relación entre variables tal que, para cada valor asignado en una de ellas se determinan uno o más valores a la otra.

Watslawick en su obra, Teoría de la Comunicación Humana, dice: "en toda

percepción hay un proceso de cambio, movimiento o explicación. Se establece una relación, se pone a prueba en un rango tan amplio como las circunstancias lo permiten y se llega a una abstracción que, según sostenemos es idéntica al concepto matemático de función. Así, la esencia de nuestras percepciones no son "cosas" sino funciones y éstas no constituyen magnitudes aisladas sino "signos que representan una conexión... una infinidad de posiciones posibles de carácter similar..." Y si esto es cierto, entonces ya no debe sorprendernos que incluso la percepción que el hombre tiene de sí mismo sea, una percepción de funciones, de relaciones en las que participa por mucho que después pueda cosificar esa percepción".

- (2) Holístico, en el sentido de Goldstein, "organismos que funcionan como un todo" de tal suerte que "un estímulo dado debe producir cambios en el organismo entero"
- (3) Entendemos como "Sistema Terapéutico" el sistema formado por los terapeutas y el/los usuarios en un contexto dado. Cada uno de ellos es a su vez un sistema.
- (4) Los problemas, desde el punto de vista de la Terapia Familiar Sistémica son:
 - Los problemas de comunicación en la familia.
 - Las estructuras desadaptativas de la familia.
 - Las jerarquías de poder desequilibradas en la familia.
 - Los intentos de solución.
 - La restricción que impide al sistema evolucionar de forma alternativa.
 - La descripción, la explicación del problema.

LAS EXCEPCIONES SON LA SOLUCIÓN.

Prácticamente cada una de éstas definiciones, de lo que entiende la T.F.S. que es un problema, corresponden a las distintas orientaciones o enfoques que conviven dentro del modelo epistemológico conocido por T.F.S., esto quiere decir que uno puede ver cualquiera de estas opciones consideradas como EL PROBLEMA, viendo trabajar a un terapeuta sistémico o incluso que un terapeuta maneje varios de estos supuestos. Este DSM-Sistémico no guarda relación con ninguna de las versiones del DSM. Esto es importante ya que recalca que la T.F.S. debe ser comprendida y aplicada como una ORIENTACIÓN y no como un formato o un simple método terapéutico. Esto es lo mismo que decir que lo menos definitorio de la T.F.S. es el número de personas que asisten a la sesión. La T.F.S. no es un método diferente para tratar el problema, es una forma diferente de entender cuál es el problema .

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Aracil, J. (1986). Máquinas, sistemas y modelos. Un ensayo sobre sistémica. Madrid: Tecnos
- 2.- Bateson, G. (1992). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Planeta-Carlos Lohle.
- 3.- Berger J, Fisek M, Norman R, Zelditch M (1977). Status characteristics and social interaction: an expectations stata approach. N.Y. Elsevier.
- 4.- Bertalanffy, L. (1976). Teoria General de Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- 5.- Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1992) El hombre de Febrero. Buenos Aires: Amorrortu.
Sobre Erikson:
 - Zeig, J.K. (1980). Un seminario didáctico con Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu.
 - O'Hanlon W. (1987). Taproots: Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis. New York, W.W. Norton.
 - Haley J. (1980a). Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu.
- 6.- Fisch, R., Weakland, J.H., Segal, L. (1982). La táctica del cambio. Barcelona: Herder.
- 7.- Haley, J. (1974). Tratamiento de la familia. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Barcelona: Toray.
- 8.- Haley, J. (1980a). Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu.
- 9.- Haley, J. (1980b). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.
- 10.- Harland, R. (1987). Superstructuralism: the philosophy of structuralism and post-structuralism. London: Methuen.
- 11.- Minuchin, S. (1977). Familias y terapia familiar. Barcelona: Granica Editor.
- 12.- Jackson, D. (1960). Etiología de la esquizofrenia. Buenos Aires: Amorrortu
- 13.- Minuchin, S. (1984). Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós Ibérica.
- 14.- Ruiz-Prados, J.M^a, Carrera, V. et al. (1994). Terapia familiar sistémica centrada en las soluciones: una alternativa en el tratamiento de las drogodependencias. (area de salud de Alcoy). XXI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Bilbao.
- 15.- Satir, V. (1983). Terapia familiar conjunta. México: La prensa Mexicana.
- 16.- de Shazer, S. (1989, 1^a). Claves para la solución en terapia breve. Buenos Aires: Paidós
- 17.- de Shazer, S. (1989). Pautas de terapia familiar breve. Buenos Aires: Paidós.
- 18.- de Shazer, S., Berg, I.B. (1990). Haciendo terapia: una revisión post-estructural. Cuadernos de terapia familiar N°18, Otoño 1991. Madrid. Stirpe. (trad. M. Beyebach).
- 19.- de Shazer, S. (1992). Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa.
- 20.- Watzlawick, P., Bavelas, J.B., Jackson, D.D. (1967). Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder.

- 21.- Watzlawick P., Weakland, J., Fisch, R. (1974). Cambio. Barcelona: Herder.
- 22.- Watzlawick, P.(1976). ¿Es real la realidad? . Barcelona: Herder.
- 23.- Watzlawick P. (1980). El lenguaje del cambio. Barcelona: Herder.
- 24.- Watzlawick, P.(1988). La realidad inventada. Barcelona: Gedisa.
- 25.- Wittgenstein, L.(1988). Investigaciones filosóficas. Barcelona: Crítica.