

Intervención desde el enfoque sistémico como modelo terapéutico en un caso de duelo infantil
por separación parental.

Julián Andrés Casas Corrales

Psicólogo



Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga

2022

Intervención desde el enfoque sistémico como modelo terapéutico en un caso de duelo infantil por separación parental.

Monografía para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Autor

Julián Andrés Casas Corrales

Psicólogo

Asesor

Johan Sebastián Parra Moreno

MG. Intervención individual, Familiar y Gestión en Programas para la Familia

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga

2022

AGRADECIMIENTOS

Inicialmente es preciso agradecer a MO y respectivamente a su familia por permitirme acompañarlos en este proceso y ser un protagonista más.

Posterior quiero agradecer a mi tutor Johan Sebastián Parra Moreno puesto que además de ser mi mentor fue mi amigo en todo este proceso agradezco por su entrega, paciencia, orientación y comprensión.

De igual forma quiero resaltar el gran trabajo docente del plantel UPB por la calidad impecable de sus profesionales entre las cuales quiero destacar como inspiración a las profesoras Nancy Lemos, Magda Acevedo y Leidy Plata.

Finalmente, pero no menos importante agradezco a mis padres, hermana, sobrina, esposa y amigos puesto que su apoyo fue indispensable en este sueño profesional gracias por su amor, complicidad, respeto y entrega.

Daniela, Julieth, Nayibe, Stephania, Samira, David y Andres lo logramos colegas.

(...)

DEDICATORIA

*Parte fundamental en la elaboración de este escrito
son las historias de cientos de niños que experimentan el
duelo infantil por separación parental con sus propios recursos
sin orientación alguna, sin ser escuchados, invisibilizados porque
“está muy pequeño y no entiende”.*

*El duelo infantil por separación parental **NO** debe
ser tortuoso por mala orientación o manejo de los adultos
los infantes como síntomas de una familia
deja una amarga pregunta*

*¿Qué papel juegan los infantes dentro del sistema familiar y cuál
es el grado de importancia que le damos?*

(...)

INDICE DE CONTENIDO

| | | |
|----|---|----|
| 1. | INTRODUCCIÓN..... | 12 |
| 2. | MARCO REFERENCIAL | 15 |
| | Capítulo I: Cuando el amor decide marcharse. | 15 |
| | Capitulo II: Osito Gomie mis papas rompieron mis crayones. | 25 |
| | Capitulo III: El elixir curativo del dolor hablado y acordado. | 33 |
| 3. | OBJETIVOS | 41 |
| | 3.1 Objetivo general | 41 |
| | 3.2 Objetivos específicos..... | 41 |
| 4. | METODOLOGÍA..... | 42 |
| | 4.1 Diseño..... | 42 |
| | 4.2 Participante..... | 42 |
| | 4.3 Instrumentos, estrategias o técnicas | 43 |
| | 4.3.1 Instrumentos y/o técnicas de exploración iniciales | 45 |
| | 4.3.2 Instrumentos, estrategias y/o técnicas de evaluación | 48 |
| | 4.3.3 Instrumentos, estrategias y/o técnicas terapéuticas: | 53 |
| 5. | PROCEDIMIENTO | 58 |
| 6. | FORMULACIÓN DE CASO | 59 |
| | 6.1 Contexto general del caso | 59 |
| | 6.2 Motivo de consulta | 60 |
| | 6.3 Descripción del problema..... | 60 |
| | 6.4 Descripción familiar | 62 |
| | 6.4.1. Genograma..... | 62 |
| | 6.4.2 Descripción del genograma | 63 |
| | 6.4.3 Antecedentes relacionados con la situación problema | 64 |

| | |
|--|-----|
| 6.4.4 Ciclo vital | 64 |
| 6.4.5 Estructura familiar | 65 |
| 6.4.6. Pautas y patrones de relación..... | 66 |
| 6.4.7 La cohesión y adaptabilidad en el sistema..... | 68 |
| 6.5 Impresión diagnóstica | 71 |
| 6.6 Ficha de síntomas y signos..... | 71 |
| 6.5 Formulación de hipótesis sistémica..... | 74 |
| 6.5.1 Hipótesis: | 74 |
| 6.5.2 Motivación, recursos y resistencia del sistema familiar | 75 |
| 6.6 Análisis explicativo desde el DSM 5. | 77 |
| 6.7 Plan de intervención | 86 |
| 6.7.1 Objetivos terapéuticos: | 86 |
| 6.12 Cuadro de técnicas implementadas | 87 |
| 7. RESULTADOS..... | 89 |
| 7.1 Resultados de la intervención sesión a sesión: | 89 |
| 7.1.1 Fase cero: Captación del caso..... | 89 |
| 7.1.2 Primera fase. Proceso de empalme inicial y contextualización de caso | 90 |
| 7.1.3 Segunda fase. Evaluación y Diagnóstico del caso..... | 91 |
| 7.1.4 Tercera fase. Intervención terapéutica | 93 |
| 7.1.5 Cuarta fase. Cierre de caso | 94 |
| 7.2 Logros obtenidos por fase del proceso de intervención | 95 |
| 7.3 Cuadro de cumplimiento de objetivos terapéuticos | 96 |
| 8. DISCUSIÓN | 99 |
| 9. CONCLUSIONES | 103 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Censo de matrimonios y divorcios por departamento | 22 |
| Tabla 2. Censo de matrimonios y divorcios por ciudad | 23 |
| Tabla 3. Tabulado de Instrumentos, estrategias o técnicas | 44 |
| Tabla 4. Información sociodemográfica | 60 |
| Tabla 5. Cohesión del sistema familiar de MO | 70 |
| Tabla 6. Adaptabilidad del sistema familiar de MO | 70 |
| Tabla 7. Síntomas, narrativas y signos del caso MO | 73 |
| Tabla 8. Análisis del caso MO en contraste con el diagnostico V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos | 79 |
| Tabla 9. Diagnóstico diferencial con 309.21 (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación | 83 |
| Tabla 10 Diagnóstico diferencial con V61.29 (Z62.898) Niño afectado por relación parental conflictiva | 86 |
| Tabla 11 Cuadro de técnicas en contraste con objetivos terapéuticos | 88 |
| Tabla 12 Cumplimiento objetivo terapéutico | 97 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|---------------------------|----|
| Figura 1. Genograma | 63 |
|---------------------------|----|

INDICE DE ANEXOS.

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD, Código: PS-FO-153, Versión: 03

Anexo 2. HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS / NIÑAS Y ADOLESCENTES, Código: PS-FO-080, Versión: 06



RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

| | |
|---------------------|---|
| TITULO: | INTERVENCIÓN DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO COMO MODELO TERAPÉUTICO EN UN CASO DE DUELO INFANTIL POR SEPARACIÓN PARENTAL. |
| AUTOR(ES): | Julián Andrés Casas Corrales |
| PROGRAMA: | Esp. en Psicología Clínica |
| DIRECTOR(A): | Johan Sebastián Parra Moreno |

RESUMEN

En el presente estudio de caso único bajo el modelo de monografía se describe el abordaje terapéutico del caso de MO; infante de 06 años quien se encontraba pasando por un proceso de duelo infantil por separación parental que a su vez era portadora de un síntoma de malestar familiar. La intervención tiene una duración de siete sesiones de las cuales dos (2) fueron sesiones familiares y cinco (5) individuales con MO, el acompañamiento terapéutico se realizó desde el enfoque sistémico donde se implementó terapia estructural y terapia narrativa. Para el proceso de evaluación se implementaron técnicas e instrumentos tales como el genograma, test de la familia, las metáforas, juego de roles, bautizar y externalizar el problema, entre otros. Dentro del proceso terapéutico se utilizó las técnicas e instrumentos de resignificación, reencadre y redefinición, 200 tareas en terapia breve, exploración musical (recursos del sistema), entre otros. Como resultado del proceso terapéutico se logró reducir significativamente el malestar de MO con respecto al motivo de consulta, a su vez se fortalecieron las herramientas de afrontamiento para el proceso de duelo por separación parental el cual se encontraba cursando, a nivel familiar se logró movilizar el sistema para su respectiva reorganización, adquisición de nuevas pautas relacionales y comunicacionales, establecimiento de límites y roles claros. Finalmente se alcanzó lo proyectado con los objetivos terapéuticos puesto que se le dio cumplimiento a cabalidad, de igual forma se dieron una serie de recomendaciones para sostener los logros obtenidos en el caso. A manera de conclusión se evidenció la efectividad del enfoque sistémico desde las metodologías lúdicas y el juego con respecto a casos de duelo infantil por separación parental, puesto que su observación multifactorial y concepción integral del ser humano permite diagnósticos contextuales que son integrales y por ende los procesos terapéuticos efectivos.

PALABRAS CLAVE:

Duelo infantil por separación parental, terapia sistémica, reorganización del sistema familiar, pautas relacionales del sistema, el juego y la lúdica.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO



GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: INTERVENTION FROM THE SYSTEMIC APPROACH AS A THERAPEUTIC MODEL IN A CASE OF CHILD BEREAVEMENT DUE TO PARENTAL SEPARATION.

AUTHOR(S): Julián Andrés Casas Corrales

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Johan Sebastián Parra Moreno

ABSTRACT

This single case study under the monograph model describes the therapeutic approach to the case of MO; a 6-year-old infant who was going through a childhood grief process due to parental separation and who was also a carrier of a symptom of family discomfort. The intervention lasted seven sessions of which two (2) were family sessions and five (5) individual sessions with MO, the therapeutic accompaniment was carried out from the systemic approach where structural therapy and narrative therapy were implemented. For the evaluation process, techniques and instruments such as the genogram, family test, metaphors, role play, baptize and examine the problem, among others, were implemented. Within the therapeutic process, the techniques and instruments of resignification, reframing, and redefinition, 200 tasks in brief therapy, and musical exploration (system resources), among others, were used. As a result of the therapeutic process, MO's discomfort was significantly concerning to the reason for the consultation, at the same time the coping tools were strengthened for the process of grief due to parental separation which she was going through, at the family level the system was mobilized for its respective reorganization, acquisition of new relational and communicational guidelines, the establishment of limits and clear roles. Finally, the therapeutic objectives were achieved, since they were fully complied with, and a series of recommendations were given to sustain the achievements obtained in the case. By way of conclusion, the effectiveness of the systemic approach from the playful methodologies and the concerning cases of child grief due to parental separation was evidenced, since its multifactorial observation and integral conception of the human being allows contextual diagnoses that are integral and therefore effective therapeutic processes.

KEYWORDS:

Child mourning due to parental separation, systemic therapy, reorganization of the family system, relational patterns of the system, play and play.

Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

El ser humano es un sujeto de comunidad por naturaleza, que necesita del otro para garantizar su desarrollo biológico, psicológico y social, al mencionarlo como una necesidad antepone la mediación de la intencionalidad en lo vincular; que a su vez busca satisfacer, desarrollar, generar placer o propiciar el bienestar de aquel sujeto, entre las necesidades que busca atender se encuentran las de: alimentación, supervivencia, desarrollo, seguridad y reconocimiento.

Para Maureira (2012) los vínculos más fuertes en esto de lo comunitario se tejen desde el amor, lo erótico y el deseo, los cuales se encuentran presentes entre: miembros de una pareja, miembros de una familia y/o entre humanos y algunos animales de compañía. Actualmente existe una trayectoria académica importante con respecto al constructo del amor, que el presente trabajo monográfico desarrolla en su marco teórico como medio necesario para hablar de duelo infantil por separación parental en tres capítulos.

De igual forma tras la revisión estadística del país (Colombia) se logró observar que mientras que dos parejas se unen en matrimonio una efectúa el divorcio, de igual forma se denota que la brecha porcentual entre estas dos variables (matrimonio / divorcio) cada vez son más difusa logrando entonces que los divorcios estén cercanos a equiparar o incluso a superar el mismo número de matrimonios. Así mismo se observa una disminución de los matrimonios en contraste con los años anteriores, esto puede hacer referencia a las nuevas tendencias de aproximación del ser pareja.

Uno de los grandes retos que expuso el trabajo investigativo a nivel de sociedad tiene que ver con los recursos, los pensamientos, las emociones y las acciones que toman las parejas y las

familias para con los infantes que se encuentra en medio del proceso de separación, denotando con ello que actualmente cuesta asumir la separación y el divorcio de forma responsable para con los infantes.

La experiencia monográfica que se registra en el presente documento nace desde la experiencia de un estudio caso clínico único que se atendió durante las prácticas de la especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga en el año 2022, por medio de su Institución Prestadora de Servicios de salud localizada en Piedecuesta Santander, el caso en cuestión es el de MO que fue abordado desde el enfoque sistémico, específicamente desde los modelo estructural y narrativo.

MO es un infante de 6 años quien se encontraba pasando por un proceso de duelo infantil por separación parental temprano que a su vez era portadora de un síntoma de malestar familiar. La intervención tiene una duración de siete sesiones de las cuales dos (2) fueron sesiones familiares y cinco (5) individuales con MO. Para el proceso de evaluación se implementaron técnicas e instrumentos tales como el genograma, test de la familia, las metáforas, juego de roles, bautizar y externalizar el problema, entre otros.

En el proceso terapéutico se utilizó las técnicas e instrumentos de resignificación, reencuadre y redefinición, 200 tareas en terapia breve, exploración musical (recursos del sistema), entre otros propios del enfoque sistémico desde el modelo narrativo y estructural. Como producto del proceso terapéutico se logró reducir significativamente el malestar de MO con respecto al motivo de consulta, a su vez se fortalecieron las herramientas de afrontamiento para el proceso de duelo por separación parental el cual se encontraba cursando, a nivel familiar se logró movilizar el sistema para su respectiva reorganización, adquisición de nuevas pautas relacionales y comunicacionales, establecimiento de límites y roles claros.

Algunas de las conclusiones del proceso monográfico fue la pertinencia de los modelos estructurales y narrativos para con los duelos infantiles por separación parental, donde el proceso clínico riguroso, el análisis narrativo y la movilización del sistema permiten disminuir por no decir desaparecer los síntomas tortuosos del duelo no tramitado.

MARCO REFERENCIAL

Durante el proceso de investigación científica para nutrir el respectivo apartado de marco referencial de la monografía se revisaron 332 artículos, 57 investigaciones y 39 tesis en el ejercicio de rastreo de literatura; de los cuales se citaron el 37 % de forma explícita y se tuvieron en cuenta el otro 45 % de forma implícita, el 18 % fue descartado, los documentos revisados se encontraron en idioma español, inglés, portugués y francés, los motores de búsqueda implementados fueron SciELO, Dialnet, World Wide Science, Google Scholar, Redalyc, BASE, entre otros.

El presente apartado se desarrolla en tres (3) capítulos: Cap. 1 *Cuando el amor decide marcharse*, Cap. 2 *Osito Gomial mis papas rompieron mis crayones* y Cap. 3 *El elixir curativo del dolor hablado y acordado*:

Capítulo I: Cuando el amor decide marcharse.

El ser humano es un sujeto por principio, que necesita de vincularse con el otro para su desarrollo biológico, psicológico y social, dicha vinculación tiende a estar mediada por la intencionalidad que a su vez busca satisfacer alguna necesidad específica tales como, alimentación, supervivencia, desarrollo, seguridad y reconocimiento; en términos teóricos la pirámide de las necesidades propuesta por Maslow (1970) desde una perspectiva de corresponsabilidad e interdependencia social. Como se mencionó con anterioridad Maureira (2012) por su parte resalta la importancia del amor, lo erótico y el deseo en la construcción de vínculos humanos por ello la merecida necesidad de investigar dentro de este constructo en función de ampliar el conocimiento.

Con respecto al constructo amor dentro del campo académico ha sido foco de atención desde tiempos remotos y por lo general se encuentran como pilar fundamental dentro del desarrollo

humano en sus diferentes tiempos y espacios (historia); el mismo (amor) se ha transformado en el transcurrir de los tiempos moldeando y moldeándose a la cultura, la religión, el contexto territorial, las situaciones sociales y políticas del momento, la distribución (organizativa) de la especie humana, sus tendencias relacionales, intereses y sus diferentes formas de expresión.

Jankowiak & Fisher (1992) en sus investigaciones en la época de los 90 muestran que el ser humano ha presentado desde sus registros iniciales la tendencia a vivir en comunidad y a vincularse aparentemente en parejas, además precisan que la atracción romántica es una experiencia humana casi universal, anexan de igual forma que las manifestaciones de amor se encuentra presente en 147 de 166 sociedades de su investigación y que varía su forma de expresión, concluyendo que el amor es una necesidad básica y la base de las relaciones humanas desde sus diferentes formas de expresión. A nivel histórico se puede destacar los aportes y el arduo trabajo investigativo sobre el constructo del amor a algunos teóricos como:

- Fromm (1956) quien enfoca sus esfuerzos en la comprensión del amor desde el objeto amoroso es decir quien experimenta el amor y su relación con quien lo emite en sus palabras un *hacer productivo*.
- Sigmund Freud (1930) por su parte plantea desde el psicoanálisis una paradoja puesto que posiciona al amor como el *lazo que propicia lo social*, pero a su vez precisa lo peligroso que es y cómo atenta contra el mismo componente social; retomando la tensión existente entre *lo sexual y la cultura*, además de ello da lugar también a los afectos que acompañan al amor, tales como los *la envidia, los celos y el odio*, de esta forma expone la relación que tiene *el primer amor* y la preparación para el *cómo relacionarse en sociedad*.

- Rubin (1970) exhibe una relación y diferencia entre amar y gustar, por su parte el amor lo plantea como una composición de la *atracción física*, el *deseo de compartir emociones y experiencias*, predisposición para *ayudar*, sentimiento de *exclusividad y absorción*.
- Masuda (2003) verificó una estrecha correlación entre el amor (*simbólico/afectivo*) y la satisfacción (*pulsional/erótico*) que se relacionan para dar una estabilidad conyugal, sin embargo, sugiere que también se pueden presentar de manera independiente o con mayor presencia una de la otra.
- Sternberg (1986) propuso tres factores que se presentan de manera permanente en relaciones satisfactorias, funcionales y amorosas; la intimidad, la pasión y la decisión/compromiso. En esta propuesta el *factor intimidad* es un componente que *surge* y se *moldea* en el transcurrir de la *relación*, su base es la confianza y lazos de vinculación *afectiva* estrechos, esta tiende a *incrementar o disminuir* dependiendo del *estadio* de vida de los sujetos. La *pasión* para este modelo surge rápidamente en la relación *erótica/afectiva*, pero es exigente y si no se nutre tiende a una caída rápida y finalmente termina en sentimientos contrarios, tales como el *odio*. La *decisión/compromiso* según el autor es un *componente demorado*, es el *resultado* de un gran *esfuerzo y constancia* por parte de los implicados; pero una vez alcanzada tiende a mantenerse estable durante bastante tiempo, el autor advierte que, se debe seguir nutriendo para alcanzar la satisfacción.
- Lee (1977) se enfocó en desarrollar la teoría de los colores del amor, para ello retoma tres colores primarios que básicamente muestran las bases del amor (Eros, Ludus y Storge) que a su vez permite mezclar cuyo resultado arroja origen a todos los estilos de amor y sus diversas demostraciones (*arquetipos*).

A nivel de recapitulación con respecto a este constructo como se evidencio anteriormente; el amor se ha investigado desde diferentes perspectivas y en distintos tiempos generando consigo diversas teorías, sin embargo, ¿cuándo el amor decide marcharse que acontece en la pareja?, es entonces en estas instancias cuando se hace necesario introducir el concepto de divorcio y separación, detallando consigo sobre sus efectos e impacto a nivel individual y familiar.

La decisión del no estar más juntos o de culminar la relación conyugal puede ser producto de múltiples factores tales como; la tensión psíquica constante entre los sujetos implicados, situaciones de violencias, tiempos distintos de vida, proyectos de vida que no tienen punto de encuentro, una situación de dolor que los oprime, entre otros; donde finalmente ese sentimiento de unión (amor) es el principal implicado para soltar y dejar ir a ese otro, puede ser desde la resignificación o representación del mismo como también desde el amar para soltar, es en esta instancia donde el amor decide marcharse (termino que permite alivianar la culpa y desligarse de la corresponsabilidad) y aparece el divorcio y la separación.

Con respecto al divorcio y la separación conyugal en la actualidad son frecuentes y van en crecimiento, son un fenómeno de índole social que pueden ser comprendidas desde las transformaciones de perspectiva de género, ideologías o conformaciones espirituales, familias diversas, nuevas constituciones conyugales (diversidad del ser pareja) y las practicas actuales de relaciones sexo/afectivas; estos (divorcio y separación conyugal) no solo se constituye como un fenómeno estadístico, cultural, demográfico y social, sino además como una situación álgida de tensión psíquica individual y colectiva debido a que es un proceso psicológico significativo con impacto e implicaciones profundas en la vida de los individuos que lo experimentan.

Castillo (2014) define el divorcio como un proceso de disolución legal de un matrimonio y la liquidación de sociedad conyugal que se respalda con trámites administrativos bajo un modelo

jurídico, es decir, una ruptura y transformación total del vínculo entre los dos implicados a nivel social/afectivo/conyugal. Por otro lado, con respecto al concepto de separación Arch (2010) por su parte plantea que esta (separación) no necesariamente pone fin al acto matrimonial basta con el cese efecto de la convivencia, de igual forma plantea que la misma inicia ante las intenciones de tomar distancia entre los dos conyugues y/o los miembros de la familia y se materializa en los comportamientos, pensamientos y las emociones. Muñoz y Sotorrio (2018) anexan 5 constructos que se producen en el proceso tipificándolos como; separación de cuerpos, separación de bienes, separación de convivencia y reconocimiento familiar, separación de subjetividad y separación en silencio. De igual forma Bengoechea (1992) plantea que la separación de la pareja abarca múltiples componentes del ser humano y su rol en la sociedad desde lo individual como en lo familiar:

- Componente legal: en el proceso de divorcio al ser reconocida la unión bajo un documento (contrato) legal que se celebró en el mutuo acuerdo de dos personas en absoluta libertad, debe ser culminado de igual forma en los mismos términos legales; cuyos trámites tienden a generar conflictos y tensiones en las relaciones entre los conyugues y sus familias; en estas discusiones emergen temas como el ¿Cómo se van a distribuir los bienes existentes bajo la relación conyugal? o ¿Cómo se van a distribuir las obligaciones adquiridas en la familia?
- Componente económico: en este campo ante el divorcio se moviliza la funcionalidad económica del sistema, donde la familia pierde una fuente de ingreso, en este componente se tienen en cuenta las diferencias estatus sociales con base al contexto familiar, donde variará en contraste a los estratos económicos, la historicidad de vida de cada sujeto y la capacidad de capitalización (adquisición) de cada parte de la familia, en

este componente se discuten temas tales como ¿Cómo se van a distribuir los gastos de los hijos? O ¿Cuáles son los costos beneficios en función de la retribución económica y su participación en la calidad del vínculo entre padres e hijos?

- **Componente físico:** dentro del proceso de divorcio las dinámicas relacionales y funcionales se ven sujetas al cambio como se mencionó con anterioridad, específicamente en el componente físico se retoman las modificaciones en todos los entornos, espacios y contextos de desarrollo y habitud de la familia donde se construyen procesos de identidad individuales y colectivas, entre estos procesos se encuentran experiencias para los hijos donde se deconstruye el concepto de hogar y familia desde lo tangible, un ejemplo claro es el poseer dos casas y adquirir nuevas pautas relacionales asociadas a nuevos espacios donde se experimenta una fractura reestructuración de lo familiar.
- **Componente emocional:** en este componente se retoman los procesos de tensión psíquicos individuales y colectivos, donde lo simbólico y lo experiencial juegan un papel fundamental para la salud mental de los miembros de la familia, dentro de este componente se resalta reiterativamente entre muchas cosas más; el papel (rol) de participación que se les da a los hijos de la pareja, puesto que lo vincular, emocional e identitario atraviesa una reformulación entre la dependencia y la independencia afectiva.
- **Componente familiar:** en este componente se tienen en cuenta las distribuciones de roles, organización y funcionalidad familiar, desde la nueva representación de la familia; todo ello en relación con la experiencia que interioriza cada miembro de la familia. El autor advierte sobre la aparición de otros “externo” como nuevo personaje del sistema familiar.

Es por ello por lo que el divorcio y la separación no solo son el acto de distanciamiento entre dos personas; por el contrario, es todo el proceso adaptativo que atraviesan los sujetos, los

miembros de una familia y el sistema mismo durante una etapa de movilización, tensión psíquica y duelo emitido por la pérdida, la reorganización familiar, procesos adaptativos, redefinición de la identidad y las crisis de corte existencial; por no mencionar más. Este panorama propicia una pregunta clave que tiene que ver con ¿cuál es la cantidad de divorcios registrados a nivel de Colombia?

De acuerdo con el más reciente reporte estadístico de la Superintendencia de Notariado y Registro (SNR), entre enero y agosto del año 2021, 37.182 parejas se casaron y 16.657 se divorciaron, a continuación, se muestran la tabla N° 1 y la tabla N° 2 donde se relacionan un fragmento de los cinco (5) departamentos y las cinco (5) ciudades con mayores indicadores registrados de matrimonio y divorcio respectivamente.

La Tabla N° 1. *Censo de matrimonios y divorcios por departamento*; está compuesta por siete (7) columnas, la primera que se encuentra en el costado izquierdo presenta los 5 departamentos con mayor índice de matrimonios y divorcios del país, posterior en su costado derecho se despliegan sobre el mismo sentido las columnas de matrimonio y divorcios de los años 2019, 2020 y 2021 respectivamente, de igual forma en cada columna de matrimonio y divorcios con su respectivo año se despliegan verticalmente las cifras concernientes.

Tabla 1.

Censo de matrimonios y divorcios por departamento.

| CUADRO DE MATRIMONIOS/DIVORCIOS POR DEPARTAMENTO | | | | | | |
|---|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| Departamento | Matrimonio | Divorcios | Matrimonio | Divorcios | Matrimonio | Divorcios |
| | Año 2019 | Año 2019 | Año 2020 | Año 2020 | Año 2021 | Año 2021 |
| Valle del cauca | 7.404 | 4.070 | 5.309 | 3.326 | 4.513 | 2.618 |
| Antioquia | 7.398 | 2.814 | 6.181 | 2.180 | 5.106 | 1.831 |

| | | | | | | |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Santander | 3.122 | 1.253 | 2.557 | 1.236 | 2.333 | 1.239 |
| Risaralda | 2.002 | 1.277 | 1.451 | 1.135 | 1.246 | 871 |
| Cundinamarca | 10.154 | 5.485 | 6.766 | 4.146 | 6.191 | 3.422 |
| Total | 30.080 | 14.899 | 22.264 | 12.023 | 19.389 | 9.981 |

Nota: Esta tabla describe la cantidad de matrimonios y divorcios por departamento en los años 2019, 2020 y 2021, teniendo como fuente el informe general de las notarías del país, en cumplimiento de la circular 229 del 2015.

La Tabla N° 2. Censo de matrimonios y divorcios por ciudad; está compuesta por siete (7) columnas, la primera que se encuentra en el costado izquierdo presenta las 5 ciudades con mayor índice de matrimonios y divorcios del país, posterior en su costado derecho se despliegan sobre el mismo sentido las columnas de matrimonio y divorcios de los años 2019, 2020 y 2021 respectivamente, de igual forma en cada columna de matrimonio y divorcios con su respectivo año se despliegan verticalmente las cifras concernientes

Tabla 2.

Censo de matrimonios y divorcios por ciudad.

| CUADRO DE MATRIMONIOS/DIVORCIOS POR CIUDAD | | | | | | |
|---|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| Ciudad | Matrimonio | Divorcios | Matrimonio | Divorcios | Matrimonio | Divorcios |
| | Año 2019 | Año 2019 | Año 2020 | Año 2020 | Año 2021 | Año 2021 |
| Santiago de Cali | 3.988 | 2.196 | 2.767 | 1.904 | 2.373 | 1.449 |
| Medellín | 3.862 | 1.588 | 2.947 | 1.121 | 2.253 | 805 |
| Bucaramanga | 1.551 | 790 | 1.232 | 792 | 1.248 | 781 |
| Pereira | 1.486 | 1.046 | 1.126 | 987 | 989 | 776 |
| Bogotá | 10.154 | 5.485 | 6.766 | 4.146 | 6.191 | 3.422 |
| Total | 21.041 | 11.105 | 14.838 | 8.950 | 13.054 | 7.233 |

Nota: Esta tabla describe la cantidad de matrimonios y divorcios por ciudad en los años 2019, 2020 y 2021, teniendo como fuente el informe general de las notarías del país, en cumplimiento de la circular 229 del 2015.

Desde un análisis de contraste entre los datos de matrimonio y divorcio presentados en la *tabla 1 Censo de matrimonios y divorcios por departamento* y la *tabla 2 Censo de matrimonios y divorcios por ciudad* se puede afirmar que mientras que dos parejas se unen en matrimonio una efectúa el divorcio, de igual forma se denota que la brecha porcentual entre estas dos variables (matrimonio / divorcio) cada vez son más difusa logrando entonces que los divorcios estén cercanos a equiparar o incluso a superar el mismo número de matrimonios.

Así mismo se observa una disminución de los matrimonios en contraste con los años anteriores, esto puede hacer referencia a las nuevas tendencias de aproximación del ser pareja (posiblemente desde lo simbólico obviando los trámites legales) que se tiene desde la no institucionalización religiosa; cuya invitación exclama la necesidad de investigar sobre las nuevas y diversas formas del ser pareja, familia y de vinculación sexo/afectiva, es por ello que el abordaje del duelo en estos casos de ruptura del vínculo parental no se pueden concebir solo desde las implicaciones del divorcio (componente legal), sino también, desde las derivaciones y el impacto que tiene la separación (perdida) en sí sobre los sujetos y su sistema familiar.

Según Fagan y Rector (2000) la separación tiene dos implicaciones adaptativas que con frecuencia generan confusión y dificultades en los adultos, la primera implicación es el *ajuste personal* al divorcio; es decir el involucramiento de los procesos identitarios, emocionales y de reformulación de subjetividad a los que se ven expuestos cada sujeto derivado de la tensión psíquica por la separación, Simons y Beaman (1996) exponen que a su vez dicha experiencia propicia un incremento o aparición del estrés, signos ansiosos y/o depresivos. La segunda

implicación es la *adaptación al nuevo rol de padre divorciado*, a lo que Fariña y Arce (2006) retomando a Fagan y Rector (2000) segregan en dos situaciones distintas; el padre custodio y el no custodio:

En el primer caso, que suele tratarse de la madre, se produce una sobrecarga al tener que asumir toda la responsabilidad de la crianza de los hijos. A lo que hay que añadir que, en muchas ocasiones, las condiciones económicas son adversas, y las psicoemocionales no idóneas. En los no-custodios, mayoritariamente el padre, la reducción significativa del tiempo de permanencia con los hijos trae consigo repercusiones negativas para ambos. (Fariña y Arce, 2006; retomando a Fagan y Rector 2000, p. 246- 271).

Con respecto a la mención Fay (1989) introduce dos términos significativos que permiten ampliar la perspectiva: padrectomía y “síndrome del padre destruido”. Por padrectomía Fay (1989) precisa que es el desplazamiento obligado del padre y la extirpación del rol paterno. Con respecto al “síndrome del padre destruido” se produce como consecuencia de la limitación (castración) de los derechos paternales, provocando en el progenitor un enorme sufrimiento psicológico que Fay (1989), inicialmente, concretó en desesperación, disfunción e incluso desaparición. Más recientemente, Zicavo (1999) perfiló el “síndrome del padre destruido” como el conjunto de los siguientes síntomas: sentimiento de minusvalía, depresión, sufrimiento, desesperación, ansiedad, culpa, evitación, agresividad, ira, y rechazo.

Ante el panorama que precede y se observa, se concluye que la vinculación entre sujetos se presenta de manera natural, por satisfacción de necesidad y por organización social; donde el otro permite el reconocimiento, la validación, el desarrollo humano y de comunidad en general. Dentro de los diferentes factores que llevan al ser humano a vincularse se encuentra el amor; que

tiene sus características, formas diversas de expresión, de sentirse y de representarse simbólicamente, el cual finalmente desemboca en experiencias positivas o negativas donde la movilización del sujeto y su sistema son permanentes.

Para garantizar la comprensión (aprendizaje), la representación sin malestar (orientación), el trámite del duelo (tolerancia a la pérdida) y la no repetición de experiencias negativas es preciso resaltar la importancia de los procesos psicoterapéuticos en general y desde el enfoque sistémico en específico; puesto que permiten tramitar la experiencia, sus representaciones, pensamientos, sentimientos y comportamiento involucrando al sujeto y su sistema, esto no solo en la instancia de sufrimiento sino también, incluso antes de que el amor decida marcharse.

Capítulo II: Osito Gomi mis papas rompieron mis crayones.

Bruner y Haste (1990) plantean que para los infantes es difícil desarrollar un concepto que no tenga referencia, historicidad y expresión en su cultura y comunidad de origen, puesto que él no es quien inicialmente crea las representaciones ni los símbolos del contexto, por el contrario, toma los existentes como referentes para crear su propia realidad, explicación del mundo y las formas de interacción en sociedad (entorno). Los padres son entonces el referente inicial de sociedad y de subjetividad según Sigmund Freud (1930), y a su vez según Bruner (1966) el insumo inicial para la construcción del primer marco lógico que lo aproxima al desarrollo en construcción social y cooperativa. Para Bruner y Haste (1990) la relación entre hijos, padres y/o cuidadores permite:

- Se adscribe a un dispositivo de lenguaje, con sus respectivos; símbolos, códigos, fonemas, semántica, gramática, pragmática, formalismos, contenidos culturales y

populares, estructuras comunicacionales a nivel social e iniciación a procesos metacognitivos.

- Adquiere la capacidad de gestar, administrar e intercambiar significados. De igual forma adopta comportamientos para la vinculación y la convivencia con el otro donde en la relación permite que se introduzca en una amplia gama de códigos culturales.
- Consigue la experiencia para evaluar situaciones, acontecimientos y/o sucesos con sus múltiples salidas y posibilidades de ejecución o respuesta desde procesos de reflexión y comprensión.
- Gracias a las experiencias previas de interacción con ese otro y el desarrollo del respectivo marco referencial y lógico se fundamentan los procesos psicológicos y simbólicos necesarios para abstraer e interiorizar las nuevas representaciones o subjetividades acorde al principio de bienestar.
- Aprender a descifrar lo que las personas sienten, piensan o quieren decir al tener acceso a las referencias culturales y al material social comunitario que permite hacer una lectura de contexto del mensaje y/o comportamiento al que alude el hablante.

Partiendo entonces de que el referente inicial y la base de los procesos de identidad, lenguaje, vinculación afectiva, procesos psicológicos, de desarrollo humano en sus diferentes holones y de organización social (reconocimiento) nacen del vínculo con los padres o cuidadores, es preciso preguntarse sobre ¿Cuál es el mensaje que entiende el infante ante una separación o divorcio conyugal?, ¿Cuál es el constructo que queda de amor luego de que el infante experimenta una ruptura y movilización de lazos parentales?, ¿Cómo influye el divorcio o la separación conyugal en el desarrollo y los procesos psicológicos del infante? O ¿Cuál es la

manera adecuada de manejar el divorcio o la separación conyugal para no generar impactos negativos en el infante?

Salzberg (1993) expone que la separación y/o el divorcio de los padres despierta en los hijos altas expectativas con respecto a cómo los adultos manejarán la situación, advierte de igual forma que por lo general debido al mal manejo de la situación los infantes tienden a experimentar fantasías de abandono, inseguridad, agudización de miedos e inestabilidad emocional; que se ven reflejadas de maneras metafóricas en sus pensamientos, comportamientos, sus cuerpos y sentires.

Estas situaciones se presentan por el miedo a la ruptura de la protección que representa para un hijo contar con sus padres, temor a ser culpable de la separación de estos, ambigüedad por las nuevas versiones de padres que inicia a conocer, angustia por desconocimiento con respecto a lo que acontece o los términos sobre los cuales se están desarrollando, entre otras cosas más.

Anteriormente con Bengoechea (1992) se introduce el concepto de tensión psíquica ante la experiencia de ruptura conyugal y su impacto en lo familiar desde los diferentes componentes, García (2006) por su parte menciona que la ruptura conyugal es una experiencia muy estresante no solo para los cónyuges sino aún más para los hijos, ello por la poca claridad, nulo involucramiento participativo y control que se tiene sobre el asunto en cuestión (la separación), de igual forma García (2006) advierte que los cambios en la vida cotidiana no formulados y las actitudes psicopatógenas de los padres para con sus hijos en el proceso de separación tales como; el autoritarismo, la permisividad, el rechazo y la sobreprotección, provocan problemas físicos, sociales, emocionales y escolares con gran representación significativa basadas en la experiencia

que se interioriza y queda en los futuros adultos y sus formas de configurar sus respectivas familias.

Gradilla y Nuñez (2019) retoman la advertencia de García (2006) y demarcan que una de las grandes dificultades para dar inicio al proceso de duelo infantil precisamente es el poco involucramiento de los hijos (emitido por los padres) en el proceso de separación, sabiendo a cuestas que todo proceso de separación que implica de base la confrontación afectará al niño o niña en mayor o menor medida provocando consigo la manifestación de dolor. Además, Gradilla y Nuñez (2019) plantean que el dolor siempre existirá puesto que el acto de separación involucra algo tan sencillo pero significativo como la pérdida de la familia tal como la conocía (significado y significante), dando lugar al proceso de duelo que con frecuencia no son percibidos ni atendidos por los adultos, propiciando consigo la adherencia y construcción de narrativas ambiguas/culposas que legitiman y perpetúan el dolor.

Ante la imposibilidad de reconocer y reconocerse inmerso en el dolor silenciado, es cuando el infante suele buscar lugar o medio para su exteriorización (del dolor) como resultado natural de compensación psíquica, por lo cual se hace necesario reducir los factores de riesgo que se presenten en su contexto y entorno relacional, con ello fortalecer los factores protectores; de tal manera que se le facilite elaborar bajo la orientación y acompañamiento el duelo por la pérdida de la unidad familiar, propiciando consigo la adaptación a las nuevas condiciones de vida y sus dinámicas respectivas. (Gradilla J y Nuñez S, 2019).

Con respecto al concepto de duelo existen varias definiciones y son abordadas desde diferentes enfoques de la psicología incluso desde otras profesiones, en un intento de buscar un punto de encuentro sobre el concepto; se enuncia como “proceso de pérdida inminente o parcial, subjetiva, física o simbólica de un ser querido, un objeto o un vínculo afectivo fuerte”

(Neimeyer, 20023; Kübler-Ross, 2011). Por otro lado, el DSM-V categoriza al duelo como «una reacción normal ante la muerte de un ser querido», esta definición en esencia reduce los procesos subjetivos de la pérdida a la inexistencia total (la muerte), por otro lado, existen otros autores que incluyen aspectos o razones subjetivas que consienten una visión holística multidimensional de este (García, 2012), la cual permite visualizar que la pérdida es mucho más profunda, compuesta y compleja, exponiendo que trasciende el malestar por la pérdida objetal de algo o alguien.

Unos de los puntos claves del duelo son la pérdida en sí, el significado que se representa e interioriza de la misma y el manejo de los propios sentimientos que emergen en la situación de pérdida (Gradilla J y Nuñez S, 2019). Fiorini y Mullen (2006) aseguran que el duelo es un proceso inevitable ante la pérdida, se presenta como resultado de disrupciones en la vida cotidiana de la persona, los autores exponen que se presentan en dos tiempos; temporales o permanentes, y que tienen como consecuencia alteraciones en el comportamiento, pensamientos y sentimientos.

Los procesos de divorcio y separación están atravesados por múltiples duelos, en los infantes el malestar se presenta diverso dependiendo del contexto y el manejo que le están dando los padres a la separación, un claro ejemplo lo expone Boss (2001) al incluir un nuevo término “pérdida ambigua” que hace referencia a la pérdida poco clara, llena de incertidumbre, desconocimiento y alternancia (constantes) de forma drástica en las decisiones (cambio de parecer repentinos sobre decisiones tomadas). Para Boss (2001) dichas pérdidas son visibles en situaciones en las que la privación o separación de un ser querido son confusas, ambiguas, parciales o incompletas; que, combinadas con ambivalencia emocional, propician la tensión psíquica y el malestar en el infante, para el autor esta pérdida es una de las más silenciosas y dolorosas debido al desarraigo y ruptura de vínculo que se tiene con el objeto o persona amada,

una particularidad que advierte Boss es la poca atención que se le da al dolor infantil en situaciones como el divorcio o separación parental ya que los padres, cuidadores o adultos significativos no están disponibles desde el punto de vista emocional y cognitivo para hablar, reír, discutir, entre otras cosas generando consigo que no solo tenga que experimentar el duelo sino también el desamparo.

García y Mellado (2013), plantean al respecto que la pérdida ambigua es de relevancia debido a que los síntomas somáticos son marcados y frecuentes, derivados del malestar que se sostiene por el dolor coexistente con la presencia y la ausencia del objeto o persona perdida. Ante decisiones que toman los padres de manera arbitraria sin hacer partícipe y socializar al infante, con cambios repentinos de parecer, este (infante) percibe al padre y a la madre como unas figuras erráticas, inestables e insensible a sus necesidades.

Baeza (2000) adjunta además que al tener un solo progenitor presente en su cotidianidad y en el mejor de los casos al otro visitante (presente parcial), que no precisamente garantiza un acompañamiento y orientación en el duelo, mantiene latente el temor de perder al otro padre y puede sentirse doblemente abandonado, esto produce como consecuencia según el autor conductas de apego y ansiedad.

Con respecto al apego y ansiedad también se encuentra una de las posturas frecuentes *infante héroe*, que se entiende como ese infante angustiado por el cuidado de sus padres, fundamentado desde el dolor y el descontexto de la situación, que busca protegerlos a como dé lugar propiciando la intensificación de lazos de dependencia y tomando una postura de cuidador desde lo que él entiende como adultez, llegando incluso en ocasiones a refutar las decisiones tomadas por los adultos o querer imponer de forma activa o pasiva su postura.

Con respecto a los efectos en el infante del duelo por separación parental Webb (2002) sustenta:

- El infante experimenta desequilibrio emocional usualmente con altos niveles de estrés, angustia e ira.
- El infante siente ambivalencia, desasosiego y preocupación por el futuro y los vínculos familiares.
- Ante la pérdida el infante sostiene el anhelo de regresar al pasado y se aferra a la idea de que todo volverá a su lugar como venía siendo.
- El infante siente repudio por la situación que atraviesa y con ello se resiste al cambio.
- Ante la indiferencia de sus necesidades psicológicas por parte de sus padres y/o cuidadores, el desconocimiento sobre el cómo realizar el acompañamiento, no hacer partícipe al infante sobre los cambios y reorganización familiar, este experimenta sensación de abandono e invisibilización.
- El infante experimenta pensamientos y sentimientos de culpa por creer que él contribuyó o es el culpable de que sus padres se separaren.
- La dinámica familiar se modifica en su totalidad y el infante siente y piensa que se encuentra al margen de esta (familia).
- Los padres se ven obligados a redistribuir el tiempo y los espacios atribuidos a los infantes, con frecuencia esta situación despierta en los mismos (infantes) preguntas sobre; ¿Cuál es mi persona favorita?, ¿A quién amo más?, ¿Dónde quiero vivir o con quien quiero estar?, ¿Cuántas casas tengo?, ¿Quién me quiere más? O ¿Por qué no podemos salir todos juntos?

Por otro lado, Cuervo y Escalante (2011) dirigen su atención en uno de los entornos donde el duelo hace manifiesto y tiene un impacto significativo, este entorno es el educativo, ellos plantean que el duelo y las triangulaciones familiares, en esencia garantizan la disminución del rendimiento académico del infante, las barreras para la interacción social con los otros infantes y por ende dificultades en el desarrollo, de igual forma expresan una gran preocupación con la nula capacidad que tiene el sistema educativo para garantizar ser una red de apoyo.

Para Bowlby (1986) el niño responde a vínculos formales incluso antes del nacimiento, demarca con ello que en la interacción paulatina desarrolla la noción de presencia y ausencia, logrando con ello aprende a distinguir una pérdida temporal de la permanente.

Emswiler y Emswiler (2000; en McEntire, 2003) concluyeron que antes de los tres años es posible que los infantes tenga la noción de aparición y desaparición, sin embargo no cuentan con el proceso de sustituir la presencia física continua por una representación mental; por lo que no pueden diferenciar entre la pérdida temporal y la muerte, por ello el duelo en estas instancias de vida deben ser abordados con cuidado puesto que seguramente el terapeuta introducirá a la vida del infante el concepto de desaparición temporal, permanente y/o muerte.

Kröen (2002), expone unos estadios psicológicos de resistencia que no son lineales con respecto al duelo y la pérdida infantil:

- Negación: El infante la expresa mostrándose agresivo o más contento y juguetón que de costumbre con sus juguetes, el sistema familiar o con su mascota en específico.
- Idealización: En esta se encuentran los procesos de anhelación e idealización con la persona perdida, incluso se puede crear un amigo imaginario debido al alto nivel de dolor psíquico para generar la compensación.

- Culpabilidad: Puede creer que él es el motivo de la separación o pérdida.
- Miedo y vulnerabilidad: Intenta ocultar sus sentimientos y pensamiento a adultos y otros infantes puesto que no quiere que lo perciban diferente.
- Ocuparse de los demás: El infante se moviliza en función del bienestar de los demás, incluso si eso implica olvidarse de él.

Parte fundamental del proceso terapéutico; donde se trabajan las resistencias anteriormente mencionadas con el infante son las alianzas terapéuticas con los miembros del sistema familiar, en este proceso se procura que la familia actúe como un actor protector y geste entornos seguros para el infante, sin embargo, los padres inmersos en el dolor por la separación conyugal y sus respectivas adaptaciones suelen asumir una posición errónea con respecto a la situación, en algunos casos se aísla al infante porque “el no entiende”, en otros se buscan alianzas para chantajear algunas de las partes de la triangulación, en algunas se obliga al infante a tomar partido de alguno de los lados, en otros casos se ataca al infante porque trae recuerdos del padre o madre ausente, o finalmente simplemente se pretende ignorar lo que está sucediendo generando consigo que el infante se convierta en el portador del síntoma como lo menciona Minuchin (2003). Entonces encuentra lugar una pregunta incómoda, ruidosa, confrontadora y mezquina que en el desarrollo de todo este documento se dio respuesta:

¿Qué hacer cuando el cuidador es el problema y rompe los crayones?

Capítulo III: El elixir curativo del dolor hablado y acordado.

Es preciso resaltar que todo proceso terapéutico por obligación debe realizar una evaluación multifactorial y dimensional completa, donde se haga una lectura amplia y a profundidad de las necesidades y los recursos de *la* o *él* consolante y su sistema, permitiendo con ello adquirir un

diagnóstico asertivo y un plan terapéutico contextualizado. En el caso del duelo infantil por separación parental el enfoque sistémico tiende a obtener resultados decisivos y de bienestar donde todo el sistema se moviliza y hacen parte activa del cambio; para ello el modelo estructural y el modelo narrativo son eficaces y congruentes en función de los objetivos terapéuticos y lo resultados esperados.

Partiendo de los dos capítulos anteriormente desarrollados todo terapeuta debe tener claridad de unas bases mínimas para el manejo del duelo infantil dentro de la consulta, Salzberg (1993) desde su perspectiva puntualiza unas situaciones a consideración que rectifican la asertividad de la terapia, es preciso resaltar que si bien dichos puntos deben verse reflejados en consulta ante todo debe estar evidenciados en la cotidianidad familiar fuera del espacio terapéutico (sostenibilidad del proceso), entonces solo así, se sabrá si la terapia está teniendo los resultados mínimos esperando:

- Descentralizar la culpa del infante y movilizar a la familia con respecto al cambio y las nuevas condiciones donde todos los miembros del sistema tienen un compromiso y un rol definido.
- Se debe contar con una comunicación asertiva, empática y afectiva de los padres para con el infante, donde prime el respeto y la validación emocional.
- El infante debe ser escuchado, comprendido y validado como sujeto y no ser tratado como un objeto a disponer arbitrariamente entre los padres y sus respectivas familias.
- El infante debe sentir que la salud mental de la familia es importante y que lo siguen queriendo independientemente del divorcio o la separación, puesto que el cambio radica en dejar de ser pareja, pero no padres.

- Todo el sistema debe estar informado y organizando en función de la separación, manejando unos mínimos de convivencia y de validación.
- Reducir la tensión psíquica y somática del sistema, permitiendo que el malestar y los síntomas disminuyan.

Una vez estos mínimos asegurados el proceso terapéutico logró un gran avance y con ello propiciar procesos psicológicos desde el bienestar, la organización, el afecto, la sana convivencia, la comunicación y el reconocimiento del sujeto, tendrás entonces “el elixir curativo del dolor hablado y acordado”.

¿Por qué es importante incluir a la familia en el proceso terapéutico desde un modelo estructural?

Es importante ahondar en aquellas cuestiones históricas que hacen referencia a los padres; su sufrimiento y postura con respecto al proceso terapéutico de ellos mismos y con ello el del infante, es fundamental reconocer que tipos de padres son los que se encuentra tras el infante, si solo pueden sentir el propio sufrimiento y negar cualquier otro, o si en realidad logran el reconocimiento del dolor de los hijos. La capacidad de los padres de poder diferenciar y tener en cuenta el sufrimiento de los hijos, distinto al propio, genera un buen pronóstico con respecto al proceso de separación. De lo contrario, cuando no pueden percibir las diferencias entre ellos y los hijos (el otro), son padres con dificultad para elaborar situaciones de pérdida y dolor que por lo general obstaculizan el proceso de los infantes.

La salud mental de los padres tiene una influencia decisiva sobre las herramientas y recursos mentales que tiene el infante para elaborar el duelo, acceder a la resiliencia y significar la experiencia de la separación desde la reflexión, armonía y el bienestar.

Goldbeter-Merinfeld (2003) menciona que la posesión y la pérdida de los seres queridos constituye la dimensión esencial de la vivencia, que exige el involucramiento de todos los implicados para manejar el respectivo proceso de significante/significado, que a su vez permite la comprensión profunda de las relaciones familiares. En otras palabras, que la ausencia o presencia (de uno de los padres) contribuye al desenvolvimiento del individuo dentro de su sistema familiar, social y académico.

García y Mellado (2013) aseguran que partiendo de que el duelo se define como el proceso que se vivencia con las pérdidas, o la percepción de éstas, dentro de los diferentes aspectos de la vida, el sistema (familia) que adolece en función de la situación deben reflexionarse bajo el reconocimiento de sus subjetividades y componentes emocionales personales y colectivo, que permitan vivir el proceso de duelo individual y colectivo desde los recursos familiares, socioculturales, socioemocionales, históricos y espirituales.

El proceso terapéutico desde lo familiar para Kübler-Ross (2011) asegura que; 1) se dé la recuperación de la capacidad y cuidado de los hijos por parte de los padres incluso si no se comparten los mismos ideales o el mismo techo (objetivo), 2) alta calidad en la comunicación y cuidado en la integridad mental e identitaria durante el proceso de duelo, 3) acuerdos y funciones parentales claras, donde el contexto es protector y no destructivo.

¿Por qué es necesario el modelo narrativo?

El modelo narrativo en esencia permite un análisis del sujeto puesto en evidencia conversacional, donde el ser y el malestar se fragmentan (son duales), el lenguaje es el punto de partida para el acercamiento a lo subjetivo, lo identitario, emocional, cognitivo y lo propiamente psicológico. Al discernir entre malestar y el ser; básicamente desde el enfoque se plantea que la

persona nunca será el problema, puesto que el problema es en sí mismo el culpable del malestar y por ende el problema.

Michael White y David Epton (1990) fueron los pioneros y quienes dieron a conocer el modelo a nivel internacionalmente con el lanzamiento de su libro *Narrative Means to Therapeutic Ends*, esta no era su primera obra sobre el tema, sin embargo, fue la que posicionó el modelo terapéutico. Ellos marcaron un precedente y unas bases teórico/prácticas que luego retomarían otra cantidad de teóricos significativos para robustecer el modelo terapéutico.

Básicamente el modelo narrativo en aquel entonces proponía un enfoque terapéutico en el que las vivencias y las experiencias del cliente (consultante) son interpeladas y reformuladas mediante el relato (narrativa) de los acontecimientos (representación simbólica), de manera que se planteaba un modelo de intervención terapéuticamente la narrativa sin limitar al cliente, dos de los conceptos fundamentales fueron: *La externalización del problema mediante las narrativas* y *El pensamiento narrativo reflexivo*.

María Zlachevsky (2014) con respecto a la concepción de sujeto que se construye entorno a la narrativa expone que “la vida de cada uno de nosotros es una historia construida, donde el actor principal del relato es la persona que nos está contando los acontecimientos, en donde el lenguaje es constitutivo y constituye”, en otras palabras, el lenguaje es lo que nos hace; nos permite reconocernos y ser reconocidos por el otro, el sujeto es agente activo con respecto al malestar y dueño de sus narrativas y su historia.

Paré y Sawatzky (1993) con respecto a el rol del terapeuta y lo terapéutico desde el modelo narrativo plantean que; en el consultorio es el o la consultante con sus experiencias y narrativas que están esperando ser escuchadas, interpretadas y orientadas. Dentro del espacio clínico se

pretende que el/ consultante de la mano con el terapeuta logre construir narrativas alternativas que prioricen su bienestar y que las mismas se fundamenten desde la experiencia, para ello según los autores el terapeuta debe sostener un estado de curiosidad clínica y formular preguntas asertivas que movilicen con una perspectiva terapéutica. Para Michael White y David Epton (1990) el terapeuta es un agente facilitador (coautor) que propicia la movilización subjetiva desde el cuestionamiento narrativo. Paré y Sawatzky (1993) justifican a los terapeutas narrativos como expertos en “entender el mundo del otro, entonces hacemos preguntas desde una perspectiva del no saber”, asegurando con ello que para lograr la comprensión se debe asegurar el reconocimiento del otro como un ser diferente y diverso. En otras palabras, básicamente el terapeuta debe garantizar:

- Propiciar el establecimiento de una relación terapéutica mediada por el reconocimiento, la validación y la interpelación de las narrativas.
- Comprometerse en el reconocimiento y el análisis de las narrativas que emergen en el espacio y tiempo terapéutico.
- Ser receptivo ante la relación terapéutica y sus influencias en doble vía; preocupando con ello orientar de manera asertiva para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
- Garantizar que las orientaciones, metáforas, analogías, reflexiones y retroalimentaciones tienen la intencionalidad de construir y edificar.
- Asegurar que el proceso terapéutico se respalda con un diseño y una planeación rigurosa en función de las necesidades y recursos de la o el consultante.
- Reconocer los pilares motivacionales, de experiencia y necesidades que propicien la construcción de narrativas alternativas.

Con respecto a los beneficios que tiene el modelo narrativo en el trabajo terapéutico con duelos infantiles por separación parental, se encuentra que este permite procesar la experiencia de pérdida por medio de la aproximación narrativa, donde emerge de la intersección de la emoción, los constructos subjetivos y el lenguaje mediante la exposición y la externalización del malestar y el significado atribuido a la pérdida, el modelo es asertivo para el proceso terapéuticos con niños puesto que permite la elaboración de significados narrativos con estrategias y técnicas comprensibles y valiosas (significativas) para el infante tales como; creación de historias personales, implementación de metáforas o mapas, creación de máscaras, títeres, cuentos, escultura, , música, artes expresivas como pintura y dibujo, personificaciones, danza, entre otros; estrategias y técnicas que recogen los gustos, las características, las tendencias y las necesidades del infante y las uno como potencializador terapéutico. Lo anteriormente expuesto encuentra concordancia en el desarrollo del infante como lo menciona Ledesma et al. (2010):

La práctica de crear narrativas para aferrar la experiencia comienza muy temprano. Los niños poseen una capacidad especial para la organización y los discursos narrativos, juegan con los materiales psicógenos que les facilitan la interacción con sus mayores y van transformando su historia de acuerdo con las circunstancias de su entorno; a la vez, asimilan contenidos, sentimientos, pensamientos y significados que incorporan en su experiencia en forma de narrativa.

Para el trabajo del malestar desde el campo narrativo en casos de duelos infantiles se deben implementar diferentes estrategias que retomen los recursos del infante puesto que solo de esta forma tendrá un impacto significativo que invite a la movilización, un ejemplo claro podría ser cuando un niño tiene la oportunidad de escoger dentro de una caja de juguetes uno en específico

y crea una historia, en la cual se evidencian miedos por la separación, sentimientos de abandono o tristeza, o también algunos contenidos de violencias, atribuciones que se colocan en ese otro inanimado (permitido y menos doloroso) atribuyéndole unas experiencias, pensamientos y emociones que propiamente identifica en alguien en su vida o en el mismo de manera analógica, esta historia como lúdica y juego con sentido terapéutico abre la posibilidad de análisis e intervención para el terapeuta en función del escenario propuesto por el infante y un contexto sólido con respecto al malestar (Freeman et al. (2001).

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Analizar los resultados del plan de intervención psicológico desde el enfoque sistémico como modelo terapéutico en caso de duelo infantil por separación parental.

3.2 Objetivos específicos

Identificar síntomas y necesidades de la consultante por medio de la evaluación psicológica de las relaciones dinámicas de la familia a través del enfoque sistémico.

Establecer un diagnóstico integral y contextual que propicie el asertividad de la intervención clínica basado en los hallazgos de la evaluación.

Implementar un plan terapéutico acorde a las necesidades de la consultante que intervengan las dinámicas interaccionales del sistema que generan el malestar clínicamente significativo.

METODOLOGÍA

4.1 Diseño

El presente documento monográfico se formula desde el diseño de estudio de caso único, el cual es fundamental para el ejercicio que se realiza de análisis del caso MO en contraste con la experiencia de intervención psicoterapéutica que se plantea desde el modelo sistémico, este diseño de estudio (caso único) permite documentar a cabalidad el proceso terapéutico; sus diferentes momentos, aportes, retos y logros desde una estructura científica rigurosa y significativa. Desde esta lógica Roussos en el año 2007 plantea al respecto que el estudio de caso único permite textear de igual forma las hipótesis, metodología, técnicas e instrumentos implementados y los dispone a la evaluación de otros profesionales competentes en pro del bienestar del cliente (usuario o participante).

Este diseño de estudio es de alcance descriptivo y se fundamenta desde el paradigma fenomenológico, Kazdin (2001) retomado por Roussos (2007) plantea que la constante de conciencia en el ejercicio profesional y la rigurosidad conceptual garantiza la viabilidad y efectividad de los procesos terapéuticos, para ello desarrolla tres (3) conceptos claves; a) la evaluación continua, b) la evaluación de las líneas de base y c) estabilidad del rendimiento (se recomienda leer la referencia completa).

4.2 Participante

La participante de esta monografía es una consultante (MO) de la IPS UPB – CPS de Piedecuesta, con 6 años de edad de género femenino, actualmente se encuentra cursando su básica primaria en su primer grado de escolaridad, su estado civil es soltera, actualmente cuenta con un hermano mayor quien es un alto referente y de gran influencia para ella, es preciso resaltar que convive con su abuela materna (61 años), hermano mayor (10 años) y madre (32

años) en el municipio de Piedecuesta; Santander. MO asiste a los servicios del CPS con su madre requiriendo atención por psicología, la madre de MO refiere “la niña desde hace 3 meses atrás siempre llora camino a la escuela sin motivo y esto no paso ni el año pasado ni a comienzos de este año, incluso ella siempre se mostró muy interesada y emocionada por sus clases, aprender, el colegio y compartir con sus compañeros”, durante el relato de su madre MO agachó la cabeza e inicio un silencio dominante en el espacio terapéutico por parte de la misma.

4.3 Instrumentos, estrategias o técnicas

Para la implementación del proceso de evaluación, diagnóstico e intervención se planteó el uso de los siguientes instrumentos, estrategias y/o técnicas:

Tabla 3.

Tabulado de Instrumentos, estrategias o técnicas.

| ETAPA DE EXPLORACIÓN INICIAL | | | |
|--|-------------------------------|--|--|
| Nombre de instrumento, estrategia o técnica. | Insumos | Implementación | Referente teórico |
| Consentimiento informado | Documental (digital o físico) | Exploración inicial y legal. | Colpsic (2018), Hernández (2013) y constitución política de Colombia (1999). |
| Historia clínica. | Documental (digital o físico) | Exploración inicial y legal. | COLPSIC (2018) y constitución política de Colombia (1999). |
| Entrevista clínica. | Recursos humanos (narrativa). | Exploración inicial, evaluativo y terapéutico. | Bleger (1964), Bados y García (2014) y Tavares (2000). |
| ETAPA DE EVALUACIÓN | | | |
| Nombre de instrumento, estrategia o técnica. | Insumos | Implementación | Referente teórico |
| Genograma | Papel y marcadores. | Exploración inicial, evaluativo y terapéutico. | (Suarez, 2010), (Minuchin, 1986) y Feixas et al (2012) |

| | | | |
|---|--|---------------------------|---|
| Neutralidad curiosa | Recursos humanos (narrativa). | Evaluación y terapéutico. | Garrido & Munuera (2014), Cecchin (1987 y 1989) y García (2016) |
| Saturación del problema | Recursos humanos (narrativa). | Evaluación y terapéutico. | García (2016) |
| Metáforas | Recursos humanos (narrativa). | Evaluación y terapéutico. | Andolfi (1989) |
| Bautizar y externalizar el problema | Recursos humanos (narrativa). | Evaluación. | Payne, (2002), Castillo, Ledo & Pino (2012) y White (2005). |
| Preguntas circulares | Recursos humanos (narrativa). | Evaluación y terapéutico. | Beyebach & Rodríguez, (1988), Ludewing, 1998). |
| Preguntas reflexivas | Recursos humanos (narrativa). | Evaluación y terapéutico. | Beyebach & Rodríguez, (1988). Y White & Epston, (1993). |
| Dibujo libre | Papel, colores y lápiz. | Evaluación. | Febles y Canfux (2001) y García (2013). |
| Test de la familia | Papel, colores y lápiz. | Evaluación. | Porot (1952) y Corman (1961 y 1967). |
| Juego de roles (darles voz a las partes del sistema). | Recursos humanos (narrativa), lapiceros y papel. | Evaluación y terapéutico. | Celi (2019) y Arciniega (2022) |

ETAPA TERAPÉUTICA

| Nombre de instrumento, estrategia o técnica. | Insumos | Implementación | Referente teórico |
|---|-------------------------------|-----------------------|--|
| Personificar el problema | Papel, colores y lápiz. | Terapéutico. | Castillo (2012). |
| Connotación positiva | Recursos humanos (narrativa). | Terapéutico. | Boscolo, Cecchin, Prata & Selvini – Palazzoli, (1988). |
| Comunicación motivacional | Recursos humanos (narrativa). | Terapéutico. | Hewitt & Gantiva, (2009). |
| Reencuadre y redefinición | Recursos humanos (narrativa). | Terapéutico. | Minuchin & Fishman (2004). |
| Fronteras | Recursos humanos (narrativa). | Terapéutico. | Minuchin & Fishman, (2004). |
| Desequilibrio | Recursos humanos (narrativa). | Terapéutico. | Minuchin & Fishman, (2004). |
| Resignificación | Recursos humanos (narrativa). | Terapéutico. | García (2013). |
| 200 tareas en terapia breve. | Papel, colores, medios | Terapéutico. | Shazer (1987). |

| | | | |
|--|--|--------------|--|
| Cuentos con sentido (metáforas). | tecnológicos, narrativas y lápiz. Cuentos seleccionados. | Terapéutico. | Campillo (2004), Bárcena, González y Arredondo (2006), Bettelheim (2006). Traversa (2008). |
| Construcción de historias. | Las historias y narrativas. | Terapéutico. | Traversa (2008). |
| Exploración musical; recursos del sistema. | Guitarra, lápiz, medios tecnológicos y papel. | Terapéutico. | Waisburd & Erdmenger (2006). |

Tabulado de Instrumentos, estrategias o técnicas.

Esta tabla está compuesta por 4 columnas; nombre de instrumento, estrategia o técnica, insumos, implementación y referente teórico. De igual forma se conforma en 3 etapas del proceso terapéutico; exploración inicial, evaluación y terapéutico. En la primera columna se mencionan cada una de las técnicas e instrumentos implementados en caso de MO, en la segunda columna se registran los insumos logísticos requeridos para la implementación de la técnica o instrumento, en la tercera columna se puntualiza el propósito de aplicación (Exploración inicial, legal, evaluativo y/o terapéutico) es preciso aclarar que alguna técnica o instrumento puede tener más de un propósito, finalmente en la cuarta y última columna se resalta el referente teórico que se tuvo en cuenta con respecto a la técnica o instrumento. Se repite la secuencia en cada etapa.

4.3.1 Instrumentos y/o técnicas de exploración iniciales

Consentimiento informado: Retomando la ley 1090 del año 2006 emitida por el congreso de Colombia, en su capítulo III que titula “deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional”, se estipula explícitamente las medidas de registro del consentimiento y desistimiento informado de las diferentes intervenciones psicológicas que se realizarán al consultante, dentro del mismo capítulo se mencionan las implicaciones legales y

éticas que tiene el diligenciamiento de dicho documento legal. En otras palabras, el diligenciamiento y administración del consentimiento informado se reconoce como un deber por parte del profesional en psicología y un derecho del consultante, según el Colegio Colombiano de psicólogos (2018). Al constituirse como deber es obligación del psicólogo informar a cabalidad de manera clara, transparente, completa, veraz y oportuna sobre las condiciones y la calidad del servicio que recibirá el consultante con respecto al proceso terapéutico.

Para Hernández (2013) ese primer momento en el que se dialoga y socializa el consentimiento informado será decisivo para la efectividad del proceso terapéutico en general; ello debido a que se constituye como uno de esos espacios íntimos donde se abordan algunas de las condiciones que ciñen la rigurosidad del ejercicio profesional mismo dentro del proceso terapéutico.

Dentro del ejercicio terapéutico es fundamental con respecto al ejercicio tener en cuenta el artículo 6, numeral 2 de la ley 1616 de 2013 que dispone, en los casos específicos de la psicología clínica y de la salud, el psicólogo deberá informar sobre las circunstancias relacionadas con el estado de salud del usuario cuando estas sean de su competencia, del diagnóstico, tratamiento, y pronóstico; incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan de la intervención; así como riesgos y causas probables de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social. Se recomienda ver Anexo 1.

Historia clínica psicológica: El Ministerio de Salud, define la historia clínica en su Artículo Primero como “Un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del consultante, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho

documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del consultante o en los casos previstos por la ley”. Los registros asistenciales “corresponden a los datos que se obtienen de las atenciones de consulta, procedimientos y acciones de promoción y prevención a una persona usuaria o a un grupo”. (Ministerio de Salud (2019), p. 71).

Asimismo, es fundamental resaltar que la Doctrina No. 01 del 2011 sustentado por el tribunal deontológico y bioético de psicología; refiere que el psicólogo debe orientarse con base a los principios éticos del manejo de la información, puesto que parte de la responsabilidad profesional está en salvo guardar y proteger la información confidencial que se emite pro el proceso terapéutico en el ejercicio de la profesión. En este sentido, narra que este registro escrito incluye, así como datos puntuales sobre motivo de consulta, objetivos de sesión, evaluación y/o de la intervención, al igual que estrategias implementadas sustentadas desde cada línea profesional del terapeuta, también destacan el procedimiento de intervención, logros obtenidos, y si es debido los motivos para el cierre o para la remisión del caso y su respectiva impresión diagnóstica (Resolución 1995 de 1999, artículo 18).

Del mismo modo, menciona el artículo 10 de la Resolución 1995 de 1999 de la constitución política, que cada prestador de servicio de salud debe seleccionar el tipo de información que registrará en la historia clínica y que corresponda a la naturaleza del servicio que presta.

Por lo anterior, es preciso resaltar que; en el caso de MO se registró la información en la Historia Clínica sistematizada por la UPB mediante su formato institucional “historia clínica infantil”.

Entrevista clínica: La entrevista como instrumento se fundamenta desde el método clínico sobre el cual se sostiene todo criterio clínico que desemboca en el respectivo proceso terapéutico, la ejecución de la misma tiene procedencia sobre la investigación científica de la psicología. En cuanto técnica, tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con los cuales no solo se amplía y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se lo aplica (Bleger, 1964).

De igual forma, Tavares (2000) plantea que “En psicología, a entrevista clínica é un conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, como objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social)”.

Bados y García (2014) refieren que la entrevista, es una oportunidad para establecer una buena relación terapéutica, reestructurar el modo que tiene el cliente de ver sus problemas, aliviar su tensión, motivarle hacia el tratamiento, aumentar sus expectativas de éxito, establecer los objetivos del tratamiento y evaluar los resultados de la intervención.

4.3.2 Instrumentos, estrategias y/o técnicas de evaluación

Genograma: Es una representación gráfica de la familia que refleja al menos tres generaciones, en ella permite observar la estructura familiar, pautas relacionales, ciclo vital familiar, patrones de repetición a lo largo de las generaciones, experiencias vitales y patrones en las relaciones familiares. Su implementación permite ampliar la comprensión de los casos clínicos puesto que se adquiere información familiar y contextual del consultante, con este punto de partida se puede llegar a conclusiones para un diagnóstico, hipótesis e incluso como técnica

para el proceso terapéutico. Suarez (2010) menciona “Gracias a su implementación se pueden formular hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, y su evolución a lo largo del tiempo; siendo esta una herramienta útil para incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas”. De igual forma desde la perspectiva de la terapia sistémica estructural, este instrumento permite recabar información acerca de límites al interior y exterior de la familia, jerarquías, centralidad en las relaciones, alianzas, coaliciones, triangulaciones y parentalizaciones (Minuchin, 1986).

De esta forma, proporciona una gran cantidad de información, lo que permite no sólo conocer a la familia, sino realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema a lo largo del tiempo, su relación con el ciclo vital de la familia, etc. (Feixas et al. 2012).

Neutralidad curiosa: Esta es una técnica donde el terapeuta asume una postura que se fundamenta sobre eje de escucha, lo cual permite generar un discurso relacional que propicia a que las partes den su punto de vista, sus convicciones, su postura, entre otros (Garrido & Munuera, 2014). Complementando Prata (1989) desde la escuela de Milán la define como esa capacidad a conciencia (técnica) que tiene el terapeuta por no tomar partido con ninguna de las partes que componen el sistema donde la curiosidad con propósito es persistente.

Cecchin (1989) “el concepto se empleó para que el terapeuta sostuviera una posición sistémica en la entrevista, y que de ninguna manera esto tiene que ver con frialdad o falta de involucramiento del terapeuta” El equipo de Iowa nos dice que el aburrimiento y las experiencias psicósomáticas que puede sentir el terapeuta son indicadores de que se ha perdido la neutralidad o la curiosidad para indagar más acerca de las relaciones triádicas que van en busca de los patrones de interacción.

Saturación del problema: En esta técnica los consultantes explican los problemas con la mayor cantidad de detalle que se logre, García (2016) plantea que en el desarrollo de esta técnica el terapeuta usa una actitud exploratoria y de escucha, dando lugar a la voz de la consultante y a su familia, propiciando desde la orientación las conversaciones estratégicas para expresar las historias saturadas del problema.

Metáforas: Esta técnica se desarrolla desde la comunicación verbal y no verbal, donde el contenido subjetivo y el contexto cultural juega un papel importante para la representación de lo esperado. Por su parte el terapeuta utiliza metáforas insertándolas con un acto creativo que moviliza a la familia mediante imágenes verbales, narrativas, objetos o acciones capaces de representarlas, clarificarlas, cuestionarlas o incitarlas (Andolfi, 1989). Con respecto al caso de MO la implementación de las metáforas fue indispensables puesto que, gracias a las herramientas imaginativas de su edad, si facilidad y afinidad por la lúdica, al igual que los recursos familiares esta técnica fue efectiva en dicho proceso terapéutico.

Bautizar y externalizar el problema: Es una técnica que permite darle nombramiento y lugar al problema o a la situación que emite el malestar, desde dicho reconocimiento se le da forma con los detalles y desde ese lugar solución; sea con estrategias que movilicen o con resignificación. Es fundamental que se tenga claridad que la técnica no puede ser orientada a reforzar o perpetuar el apego a la situación problema o al malestar, por el contrario, el propósito es reconocer para movilizar (Payne, 2002). El papel del terapeuta según Castillo et al. (2012) es el de motivar al consultante a dar un nombre específico al problema, por consiguiente, da lugar a la externalización que permite ver al consultante con una parte de ellos mismo no contaminada por los síntomas. Esta técnica permite focalizar los problemas graves de forma más apacible y

eficaz lo que permite que el consultante tome partido activo con respecto al cambio y haga un reconocimiento del malestar según White (2005).

Preguntas circulares: Según Beyebach & Rodríguez (1988) esta técnica busca identificar conexiones entre personas, representaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos para movilizar al sistema y el subsistema familiar en función de sus propios recursos, de igual forma el espacio reflexivo permite que el sistema logre identificar con sus propios medios el diagnóstico o malestar que los ataña. Ludewing, (1998) plantea que ante la movilización del sistema por la implementación de la técnica tiene mayor relevancia la movilización del sistema para su respectiva reorganización.

Preguntas reflexivas: Por medio de esta técnica según Beyebach & Rodríguez (1988) se logra influenciar y movilizar desde los cuestionamientos profundos a la consultante y/o al sistema familiar, estas movilizaciones deben tener un sentido terapéutico y facilitar la concepción de nuevas formas de percibir o percibirse.

Dibujo libre: Febles y Canfux (2001) plantean que la infancia y la adolescencia son momentos del ciclo de vida donde las actividades lúdicas son formadoras y movilizadoras de realidades sumamente necesarias para un óptimo desarrollo, suman además que en estrategias como el dibujo se facilitan las representaciones psíquicas donde pueden ser utilizadas para propósitos tan grandes como el de moldear la personalidad, ya que adquieren sentido psicológico para los niños, al vincularse a su sistema de motivos y necesidades, afirman también que “el dibujar con un sentido terapéutico constituye una vía de formación de la subjetividad y se convierten en instrumentos con gran valor diagnóstico y terapéutico” (Febles y Canfux, 2001).

Para García (2013) el dibujo hace parte de lo que él cataloga “técnicas creativas”, y las define como “aquellas que posibilitan, mediante la utilización del arte y sus diferentes manifestaciones, la expresión y/o comunicación de emociones, sentimientos y representaciones de fantasías, conflictos, posibilitando así un espacio para la liberación de angustias, necesidades y estados psicológicos en general” (García, 2013). En el caso con MO la implementación de la técnica de dibujo libre fue utilizada con el propósito de exteriorizar por medio de una ilustración lo que en palabra no se puede, no se quiere o no se sabe expresar.

Test de la familia: El test de la familia es una prueba de personalidad proyectiva, que tuvo sus inicios en la técnica de dibujo libre, este test se aplica a infantes desde los cinco años hasta los dieciséis máximo, esto no quiere decir que con adultos no tenga utilidad solo que entre mayor es la edad de la persona las representaciones psíquicas actúan distinto y con ello mayor posibilidad de permeabilidad en el test. Al aplicar esta técnica en infantes en ella se analiza la percepción que tiene el niño de su familia y del lugar que percibe que ocupa en ella. El test de la familia fue creado por Porot (1952). Luis Corman (1961 y 1967) introdujo modificaciones importantes en las instrucciones que daba al niño. Con respecto al caso de MO permitió explorar como la consultante percibía su sistema familiar, las pautas relacionales, la cohesión y adaptabilidad.

Juego de roles: La técnica del juego de roles o también conocida como role-playing es una herramienta terapéutica la cual se utiliza con el propósito de detectar el verdadero funcionamiento, organización y pautas relacionales de un grupo familiar, la corriente teórica que son pioneros en esta técnica es la corriente de trabajo narrativo. Tamayo (2018) menciona que para la efectividad de la técnica se debe realizar un intercambio de roles entre los miembros de la familia propiciando con ello que por medio del juego lúdico cada integrante pueda tomar

conciencia de su problemática individual y familiar, esto gracias al verse “representado” desde la mirada del otro.

Para Tamayo (2018) quien retoma a Mackay (2001) la definición que mejor permite enmarcar a los juegos de rol como una herramienta terapéutica potencial en el ámbito de la psicología clínica es:

"Una creación de un sistema participativo y episódico que incluye un conjunto de reglas cuantificadas que ayudan a un grupo de jugadores y un director de juego ("Grand Master") en la determinación de cómo se resuelven las interacciones espontáneas de sus personajes de ficción" Tamayo (2018) quien retoma a Mackay (2001, p.4).

4.3.3 Instrumentos, estrategias y/o técnicas terapéuticas:

Personificar el problema: Es una técnica que busca tras un proceso de exteriorización personificar el problema con unas características propias de un “otro”, dentro de la comunicación se habla como si el problema fuera otra persona, Castillo (2012) plantea que “el ejercicio terapéutico se da mediante una separación lingüística del problema”. Con respecto al caso de MO esta técnica permitió trabajar con respecto a los efectos y estigmas transgeneracionales.

Connotación positiva: La connotación positiva es una técnica que permite atribuir significado positivo a los síntomas como declaración desde el contexto relacional donde obtiene una función específica, acompañado de una connotación negativa a las interacciones entre los otros miembros de la familia que mantienen el síntoma Boscolo et al. (1988).

Comunicación motivacional: Es una técnica que centra sus esfuerzos en la aceptación del otro desde una comunicación positiva, para ello implementa los elogios, la exaltación y el

reconocimiento. Hewitt & Gantiva (2009) plantean que la aplicación de esta técnica les permite a los miembros del sistema asumir la responsabilidad para llevar a cabo autocontrol, participación propositiva y solución de problemas.

Reencuadre y redefinición: Esta técnica hace referencia a la movilización del sistema familiar en función del descargue de tensión psíquica por nuevas distribuciones en el sistema y nuevas pautas de relacionamiento, en otras palabras quiere decir que la familia bajo el proceso terapéutico trabaja en el moldeamiento de nuevos conceptos que los definen, nuevos esquemas de la distribución y nuevas pautas relacionales con acuerdos concertados reconociendo las capacidades de cada uno de los miembros (Minuchin & Fishman, 2004. p 153).

Fronteras: Esta técnica terapéutica se caracteriza por el fortalecimiento de las pautas relacionales desde el establecimiento de límites y roles del sistema claros, para ello se utilizan varios métodos de reconocimiento del otro, de exteriorización de intereses, de asertividad en la comunicación (positiva) y la regulación de permeabilidad de la separación de los holones (Minuchin & Fishman, 2004. p 153).

Desequilibrio: El desequilibrio, se emplea como movilizador del sistema, este a pesar de que usualmente se propicia por parte del terapeuta, de igual forma se puede gestar dentro del sistema mismo, con la necesidad de buscar transformarse, (Minuchin & Fishman 2004).

Resignificación: Esta es una técnica terapéutica donde se tiene como premisa de que tanto las experiencias, lo simbólico, los pensamientos, las narrativas y los constructos que emergen en la interacción con el mundo se les puede dar un nuevo significado, García (2013) expone que dicha técnica permite resignificar experiencias y autodefiniciones que se hacen evidentes en el discurso.

200 tareas en terapia breve: Es una herramienta que condensa tareas cognitivas, afectivas y conductuales para la familia con el fin de generar movilización en el sistema teniendo como punto de partida los saberes contextuales y las reflexiones profundas desde acciones concretas (Shazer, 1987).

Cuentos con sentido: Por su parte, los cuentos terapéuticos permiten hacer uso de la imaginación para intervenir aspectos psíquicos, entre estos se encuentra el cuento del pensamiento mágico que implica en términos de lo terapéutico que las metáforas que no podrían ser coherentes cobren sentido en un mundo paralelo en el que todo es posible. La aplicación de esta técnica no solo permite trabajar sobre lo simbólico, el pensamiento y el sentir; sino también sobre los múltiples niveles de comunicación, de forma tal que generan un proceso creativo de nuevas conexiones y reediciones de las historias, buscando que afloren sentimientos y emociones, a partir de la identificación con los diversos personajes y situaciones de las historias (Campillo, 2004).

El uso terapéutico de los cuentos fue promovido por Milton Erickson quien empleaba relatos breves con sus consultantes, con la finalidad de incidir en sus pensamientos, emociones y conductas a través de las metáforas empleadas.

Para este autor el valor de los cuentos como herramienta psicoterapéutica radica en que no implican una amenaza para el oyente ni física, ni psíquica y mucho menos simbólica, por el contrario, captan su interés, fomentan la independencia del individuo quien, al tener que conferir un sentido al mensaje, extrae sus propias conclusiones o emprende acciones por propia iniciativa. A nivel metodológico la técnica ofrece la posibilidad de trabajar sobre las narrativas, sobre la flexibilidad de los pensamientos, en términos cognitivos imprimen su “huella” en la

memoria del consultante haciendo que la idea expuesta sea más recordable (Bárcena, González y Arredondo, 2006).

Bettelheim (2006) considera que “los cuentos suelen plantear, de modo breve y conciso, un problema existencial, lo que permite al niño atacar los problemas en su forma esencial, cuando su complejidad lo pueda estar confundiendo, pues el cuento simplifica cualquier situación”.

Construcción de historias: Traversa (2008) plantea que los cuentos e historias con fines terapéuticos permiten que la persona se vea a sí misma como protagonista y responsable de su propia historia, es preciso resaltar que se puede producir de forma consiente e inconsciente. Señala también que no son las experiencias en sí mismas las que generan ciertos efectos en nuestras vidas sino el sentido que se les da. Por lo que el cuento es una vía para generar otra narrativa, otras versiones, otros significados, otras soluciones a través de los modelos de comportamiento de los personajes y de las moralejas o conclusiones a las que alude la historia. Sugiere que para crear un cuento con fines terapéuticos se recurra a algún un acontecimiento de la vida del niño, sus sentimientos, síntomas, rasgos de carácter, dificultades, entre otros aspectos relacionados con la situación actual del niño.

Exploración musical: El pensar en la exploración musical con sentidos terapéuticos parte de un reconocimiento previo de los recursos e intereses de la familia por la música en general, que conectándolo con una planeación clínica teniendo claro el objetivo terapéutico como acción está llena de oportunidades donde las analogías encuentran lugar, para Waisburd & Erdmenger, (2006) la música es “una forma de comunicación entre las personas, que no comunica siempre lo obvio”.

Waisburd y Erdmenger (2011) plantean que numerosas investigaciones realizadas han demostrado que por medio de la implementación de la música en espacios clínicos se han logrado generar estimulaciones en diversas zonas cerebrales que tiene repercusiones cognitivas, afectivas y comportamentales. Además, es importante tener en cuenta que como lo menciona Morán (2009), el cerebro sufre una serie de cambios cuando las personas reciben un entrenamiento en este arte, pues por ejemplo el cuerpo calloso del cerebro tiende a aumentar su tamaño conforme pasa el tiempo, lo cual evidencia otro de los tantos impactos que posee la música en el ser humano.

Por lo tanto, se puede afirmar que el acercamiento con la música no sólo es funcional en el ámbito de la formación para los niños y niñas, ya que también es una estrategia para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico efectivo y lúdico, pues de esta manera se logra focalizar la atención y se puede establecer un primer vínculo con el niño, realizando preguntas y comentarios rompehielos como lo mostro Bernal, Á., & Silva, T. (2014) en sus diferentes estudios. En el caso de MO la exploración musical radico en la construcción de la letra para una canción a dos tiempos que retomo con el sentir con respecto al duelo, su situación familiar y los deseos para sentirse mejor.

PROCEDIMIENTO

El proceso psicoterapéutico de MO se desarrolló por medio de consultas presenciales en el la IPS de la UPB en Piedecuesta, específicamente en el CPS; este proceso se compuso de siete (7) atenciones (sesiones) con aproximadamente una duración mínima de una hora hasta una duración máxima de hora y media, durante cada sesión se realizaron los respectivos registros documentales por medio de la plataforma iMedico, MO siempre estuvo acompañada por su progenitora quien responde como madre; esto en cumplimiento a lo estipulado por el COLPSIC con respecto al acompañamiento de acudiente en la atención infantil. Dos (2) de las siete (7) sesiones fueron familiares donde participo hermano mayor, abuela materna, madre y MO.

Las siete (7) sesiones se distribuyeron de la siguiente manera:

- Sesión 1: Proceso de empalme inicial y contextualización de caso.
- Sesión 2: Proceso de contextualización y evaluación.
- Sesión 3: Proceso de evaluación.
- Sesión 4: Proceso de evaluación y terapéutico.
- Sesión 5: Proceso terapéutico.
- Sesión 6: Proceso terapéutico.
- Sesión 7: Proceso de cierre.

Cabe precisar que la sesión número 3 y 6 fueron sesiones familiares.

FORMULACIÓN DE CASO

En este apartado es importante reanudar lo mencionado con anterioridad con respecto al modelo de estudio de caso único, el cual facilita bajo el rigor científico una estructura congruente y al detalle que retoma los aspectos relevantes para la comprensión de la experiencia de intervención y su necesaria documentación, propiciando con ello el provecho de sus sin fin de aprendizajes.

Este modelo de registro permite organizar la información recolectada durante las diferentes fases del proceso de atención, propiciando de esta manera claridad en la interpretación, evaluación, diagnóstico, cumplimiento de objetivos terapéuticos y finalmente un plan de intervención congruente, asertivo y contextualizado a las necesidades de la consultante.

6.1 Contexto general del caso

Tabla 4.

Información sociodemográfica de MO

| |
|--|
| Nombre: MO. |
| Edad: 6 años de edad. |
| Fecha de nacimiento: 11 de Diciembre de 2015 |
| Escolaridad: Primer grado académico (básica primaria). |
| Ciudad de residencia: Piedecuesta |
| Grupo con quien reside actualmente: Sistema familiar primario – tipología extensa. |
| Ocupación: Estudiante. |
| Antecedentes en salud: La consultante y la acudiente (madre) niegan patologías o situaciones de observación médica o psicológica anteriores. La madre sustenta "ella asistió solamente a los controles infantiles, pero después de eso no volvió a un hospital o al médico, hasta a hora que está en consulta con usted doctor". |
| Antecedentes de consumo de SPA o alcohol: La consultante y los miembros del sistema familiar niegan tener antecedentes de este tipo. |

Antecedentes de ideaciones u actos suicidas: La consultante y los miembros del sistema familiar niegan tener antecedentes de este tipo.

Información sociodemográfica.

Nota. Esta tabla muestra información general del paciente.

6.2 Motivo de consulta

La madre de MO refiere como motivo de consulta “la niña desde hace 3 meses atrás siempre llora camino a la escuela sin motivo y esto no paso ni el año pasado ni a comienzos de este año, incluso ella siempre se mostró muy interesada y emocionada por sus clases, aprender, el colegio y compartir con sus compañeros”. MO refiere como motivo de consulta “yo no sé qué me pasa, solo me dan ganas de llorar y no me siento feliz”.

6.3 Descripción del problema

Una vez terminan los procesos académicos virtuales la infante (consultante) retoma los estudios en modalidad de alternancia, hace aproximadamente tres meses durante el camino rumbo al colegio la infante (consultante) llora sin manifestar claramente el motivo del porque sucede esta situación según lo que narra la madre, ella (la madre de la consultante) plantea "Mi mamá me cuenta que cada vez que la lleva al colegio se coloca a llorar”, al indagar con la consultante esta refiere que no sabe por qué llora.

La madre de la consultante plantea “MO con el pasar de los días cambio mucho, ella es muy inteligente y siempre tenía una sonrisa en su cara, se reía mucho y era muy activa, pero ahora no sabemos qué es lo que le está pasando” tras las afirmaciones MO solo agacha la mirada al suelo con gestos de angustia y un silencio significativo; Con el pasar de las consultas se identificó signos de un duelo infantil por separación parental y de igual forma que la abuela

materna en el transcurso de la caminata entre la casa y el colegio le expresa reiteradamente a la consultante “usted tiene que portarse bien, tienen que ser juiciosos porque sus papás están pasando por un momento difícil donde tú no puedes ser un problema, por el contrario, tiene que ser un orgullo porque si no ellos se colocaran muy tristes y me encontrará un día de estos muerta cuando llegue del colegio”.

Se evidenció en el momento inicial del proceso terapéutico que MO reconoce que algo pasa en su hogar, sin embargo, no se explica los cambios y con el transcurrir de las consultas expuso “yo no entiendo porque mi papá se tiene que ir de la casa, porque mi mamá llora, mi hermano está como triste y me abraza mucho” anexo también “yo no quiero que nadie pelee, menos mis papás”.

Ante el nuevo panorama de movilización del sistema, el mismo se reorganiza desde las voluntades singulares asumiendo roles y funciones compensatorias por la partida del padre de este (sistema), es preciso resaltar que dichas modificaciones no se dialogaron entre las partes, generando que la abuela materna asuma una posición autoritaria de resguardo a los miembros del mismo, ubicándose desde una posición de poder que implementa la culpa como mecanismo de orden.

Con ello que la madre de la consultante desde el dolor y el malestar se posicionara desde el margen sin querer involucrarse mucho con respecto a lo que estaba pasando en el sistema sustentando que “esto de la separación es agotador”, el hermano de la consultante escucho en el colegio que “él sería el nuevo hombre de la casa y como parte de sus obligaciones es proteger y ser proveedor de bienestar para su familia” situación que se fortalece y encuentra lugar en el discurso y comportamiento de la abuela materna con sus constantes afirmaciones para con él; finalmente, se encuentra una consultante confundida, sin mayor comprensión con respecto a lo

que sucede y sobre cómo debería sentirse, con transformaciones diarias no solo en la estructura familiar, sino también, en sus rutinas, hábitos, rituales e identidad misma, con una familia que transita entre lo distante y amalgamado.

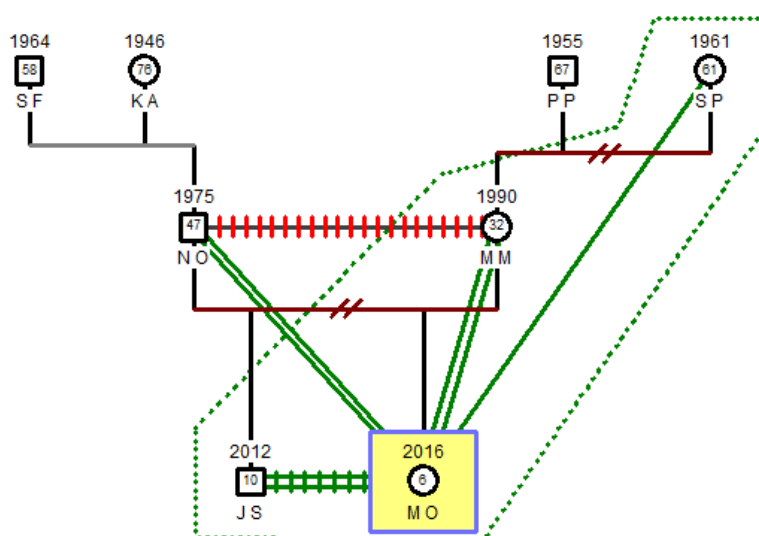
A manera de recapitulación, todo lo anterior mencionado son situaciones que se emiten como resultado del impacto que tiene a nivel social, familiar y singular un proceso de duelo por separación parental, que, aunque común en la actualidad no se puede desconocer el nivel de exigencia, lo llamado único que se experimenta y lo propio que se representa, es decir; la construcción de memorias acompañadas de las narrativas que se significan en la subjetividad humana sustentadas en las experiencias de la separación.

6.4 Descripción familiar

En el presente apartado se detalla todo el contenido de evaluación y análisis con respecto al sistema familiar, sus dinámicas relacionales, organizativas, el componente experiencial y sus narrativas.

6.4.1. Genograma

Figura 1. Genograma, Sistema familiar de MO.



Nota. Esta figura describe la organización, funcionalidad y los miembros del sistema familiar y relacional de MO.

En el proceso de evaluación e intervención para el caso de MO el genograma fue uno de los instrumentos fundamentales que se aplicó, cuyo aporte permitió divisar la conformación, distribución, pautas relacionales, roles e historicidad subjetiva a nivel familiar. Por lo que al tener tal fuente de información de gran magnitud aseguro la asertividad del diagnóstico (Ver Figura 1. Genograma, Sistema familiar de MO).

6.4.2 Descripción del genograma

Familia de tipología extensa compuesta por; **madre** de 32 años (MM) quien es bachiller y desarrolla actividades laborales como cajera, **abuela materna** de 61 años (SP) quien estudio hasta básica primaria y actualmente se dedica a las tareas del hogar, **hermano mayor** de 10 años (JS) quien actualmente se encuentra estudiando primer grado de bachillerato, **padre** de 47 años (NO) quien alcanzo nivel de técnico y desarrolla actividades laborales como vendedor para una empresa de distribución, finalmente se encuentra la **consultante** de 6 años (MO) quien actualmente cursa primer grado de escolaridad, gran parte del tiempo lo comparte con su abuela materna y su hermano.

En segundo plano se encuentra la generación de los abuelos que no viven dentro del entorno familiar pero que no se encuentran externos de las dinámicas del hogar, su presencia aumentó con el proceso de separación familiar puesto que todos quieren influir desde su postura la situación. Por parte de la línea familiar paterna de MO encontramos al abuelo paterno SF de 58 años, de igual forma a la abuela materna KA de 76 años, por la otra parte se encuentra la línea

familiar materna donde el abuelo materno PP tiene actualmente 67 años y se encuentra con 61 años a SP; es preciso resaltar que llevan aproximados 15 años de separación.

6.4.3 Antecedentes relacionados con la situación problema

Con respecto a los antecedentes de procesos de separación y duelo infantil por separación parental se encontró rastros de efectos transgeneracionales sustentados en experiencias del sistema:

- Abuela materna (SP): Vivió una experiencia de separación tortuosa con el padre de MM, al igual que en su infancia experimento el duelo infantil por separación parental en su familia nuclear, estos procesos de duelo no fueron trabajados terapéuticamente. Es preciso resaltar que los miedos de SP que emergieron en el proceso terapéutico de MO tienen relación estrecha con una proyección de la experiencia con sus procesos de duelo no elaborados.
- Madre (MM): En su transición de infancia a adolescencia se presentó su duelo infantil por separación parental, proceso de duelo que no fue trabajado terapéuticamente y que incidió decisivamente en como asumió su proceso de duelo por separación conyugal actual.

6.4.4 Ciclo vital

Según el modelo que presenta la OMS (2003) del ciclo vital familiar, el sistema familiar de MO se encuentra en proceso de contracción por separación; lo que conlleva a una tensión en el sistema y cada uno de los subsistemas provocando con ello un malestar generalizado.

Prado (2007) en su texto “La espiral del ciclo vital familiar” retoma y expone los modelos del ciclo de la familia de Duvall, McGoldrick y Geyman de los cuales se concluye que el sistema

familiar de MO se encuentra en: desde la visión de Duvall se encuentran en la etapa cuatro que tiene como clasificación Familia con hijos escolares, desde la visión de Geyman se encuentra en etapa de expansión, y desde el modelo de McGoldrick se encuentran transitando entre la etapa 3 Familia con niños pequeños a la etapa 4 Familia con adolescentes.

Es preciso resaltar que todas las etapas mencionadas según cada postura teórica tienen sus implicaciones, sin embargo; todos aclaran que ante los procesos de reestructuración y tensión familiar el curso del ciclo vital se altera, como lo es en el caso de MO la separación parental.

Al analizar el desarrollo singular de los subsistemas se encontró que el caso de MO por tipología es de familia extensa, que se compone por una abuela materna (SP) que se encuentra ante la vejez, un infante con procesos iniciales de adaptación a escenarios escolares (MO) y exploraciones identitarias, un preadolescente (JS) en etapa temprana y una madre (MM) adulta que atraviesa un proceso de traición de la primera y única pareja que ha tenido en su vida, y de manera transversal un proceso de separación de subsistema conyugal.

6.4.5 Estructura familiar

El sistema está compuesto por 4 miembros en proceso de reorganización por separación de un 5 miembro quien cumplía los roles estructurales de padre, esposo y nuero dentro del sistema.

Con respecto a los otros 4 miembros se encuentra:

- Abuela materna (SP): Quien asumió una posición autoritaria de resguardo (invasivo) a los miembros del sistema ante la situación presentada por la separación, ubicándose en la parte superior jerárquica del mismo aplicando dinámicas autoritarias. Los roles estructurales que cumple dentro del sistema son de madre y abuela.

- Hermano mayor (JS): Se encontraba confundido con respecto al cómo debía sentirse y actuar con respecto a las nuevas dinámicas familiares y el rol que se le asignó del ser el “hombre de la casa”. Los roles estructurales que cumple dentro del sistema son de hijo, hermano y nieto.
- Madre (MM): Desde el dolor y el malestar se posicionó desde el margen sin querer involucrarse mucho con respecto a lo que estaba pasando en la familia, posterior fue desplazada del poder y la toma de decisión por su madre, quien se involucraba constantemente de manera invasiva en todo lo que respecta al ser de (MM). Los roles estructurales que cumple dentro del sistema son de hija y madre.
- Consultante (MO): Consultante confundida, sin mayor comprensión con respecto a lo que sucede y sobre cómo debería sentirse, con transformaciones diarias no solo en la estructura familiar, sino también, en sus rutinas, roles, hábitos, rituales e identidad misma, con una familia que transita entre lo distante y amalgamado. Los roles estructurales que cumple dentro del sistema son de hija, nieta y hermana menor.

Dentro del sistema familiar las situaciones de tensión presentadas eran límites y roles difusos desde la reorganización del sistema, desviación respecto al nivel de tolerancia del sistema, coalición de los subsistemas familiares y presencia de estereotipos generacionales dominantes.

6.4.6. Pautas y patrones de relación

Las pautas de interacción cambiaron en el proceso de separación (antes de dar inicio al proceso terapéutico) y durante el proceso terapéutico mismo, esto debido a la reorganización del sistema, los procesos vividos del duelo de manera singular y colectiva al igual que la experiencia

propia de lo que implica la movilización del sistema y sus respectivas representaciones, para darle orden a lo encontrado se trajo a colación las narrativas y la experiencia tomando como punto de partida la relación de MO con cada uno de los miembros del sistema.

Relación entre MO y JS: La consultante refirió que tiene una excelente relación con su hermano, que usualmente salen a jugar juntos, la consultante expone “es un buen hermano y muy divertido”. A nivel afectivo manifiesto que discuten mucho, pero jugando, plantea JS “esa es nuestra forma de decir que nos amamos”, durante el proceso terapéutico JS se fundamentó como un factor protector, de acompañamiento y de alianza para MO.

Relación entre MO y MM: La consultante refirió que tiene una excelente relación con su madre, “salimos juntas y jugamos cada que mami puede”. A nivel afectivo manifiesto que “entre las dos nos decimos que nos amamos mucho” por lo que se percibe reciprocidad afectiva. La consultante planteó que usualmente conversan de diversos temas, durante el proceso terapéutico MM se fundamentó como un factor protector y de alianza para MO.

Relación entre MO y NO: La consultante refirió que tiene buena relación con su padre, “a mí me gusta salir y pasar tiempo con mi papa” expuso MO, además de ello complemento que tienen buena comunicación. A nivel afectivo la consultante planteó que él suele ser expresivo con ella y le expone abiertamente sus emociones. Al inicio del proceso terapéutico NO deja de participar activamente en las dinámicas relacionales con MO la dinámica se tornó agresiva y de chantaje para con MM buscando que con ello está cediera a sus solicitudes, sin embargo; durante el proceso terapéutico se logró mejorar

dichas prácticas dañinas para con el sistema, por lo que al finalizar el proceso terapéutico se generaron nuevas pautas de comunicación y relación.

Relación entre MO y SP: La consultante refirió inicialmente con respecto a la relación con su abuela “es una buena abuela, pero no me gusta pasar tiempo con ella o hablar con ella, suele ser gritona y enojona”, tras indagar el porqué; expresó que “dice cosas feas”. Inicialmente a nivel afectivo MO sustentó “creo que no puedo expresar abiertamente lo que siento por ella, ni le gusta recibir mimos, creo que ella no me quiere”, en el proceso terapéutico uno de los objetivos del mismo fue generar nuevas pautas relacionales y de comunicación entre SP y MO puesto que las nuevas dinámicas de sometimiento por el poder y reorganización del sistema intencionados por SP generaron tensión en la relación del sistema en general y un número significativo de inconvenientes singulares con MO.

A manera de conclusión las pautas y patrones relacionales antes del proceso terapéutico estaban basadas en comunicación descalificativa, límites y roles difusos desde la reorganización del sistema, desviación respecto al nivel de tolerancia del sistema, presencia de etiquetas calificativas, implementación de estrategias de silencio, coalición de los subsistemas familiares y presencia de estereotipos generacionales dominantes. Con respecto a las pautas y patrones de relación incorporados posterior y durante el proceso terapéutico se recomienda leer el apartado de resultados.

6.4.7 La cohesión y adaptabilidad en el sistema

En este apartado se retoma las categorías de medición de la Escala de evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar de Olson, Portner, y Lavee (FACES III) del año 1985 y se realizó un contraste con lo trabajado en el caso MO. Con respecto a la cohesión familiar:

Tabla 5.

Cohesión del sistema familiar de MO

| Cohesión entre miembros de la familia. | Antes de proceso terapéutico. | Posterior a proceso terapéutico. |
|---|--------------------------------------|---|
| Cohesión entre MO y JS | Cohesión Conectada | Cohesión Conectada |
| Cohesión entre MO y MM | Cohesión Dispersa | Cohesión Conectada |
| Cohesión entre MO y NO | Cohesión Separada | Cohesión Conectada |
| Cohesión entre MO y SP | Cohesión Aglutinada | Cohesión Conectada |

Nota. Por medio de esta tabla se muestra la cohesión entre MO y el resto de los miembros de la familia, en un antes y un después del proceso terapéutico.

En la tabla N° 5 Cohesión del sistema familiar de MO; se observa inicialmente que MO y JS presentan una cohesión conectada lo que permite denotar que dicha relación está fundamentada sobre el reconocimiento, el respeto, los límites y el apoyo. De igual forma se observa que MO y MM inicialmente presentaron cohesión dispersa ello debido a las evitaciones por parte de MM con respecto al proceso de duelo familiar. Además, se observa también que la cohesión entre MO y NO antes del proceso terapéutico es de cohesión separada ello principalmente por la tensión constante inicial con MM y la respectiva triangulación para con MO. Finalmente, con respecto a la cohesión inicial entre MO y SP se denota que es una cohesión aglutinada donde se visibiliza y trasgrede a MO en el proceso. En cuanto a la cohesión posterior al proceso terapéutico se recomienda leer el apartado de resultados.

Tabla 6.

Adaptabilidad del sistema familiar de MO.

| Adaptabilidad entre miembros de la familia. | Antes de proceso terapéutico. | Posterior y durante el proceso terapéutico. |
|--|--------------------------------------|--|
|--|--------------------------------------|--|

| | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Adaptabilidad entre MO y JS | Adaptabilidad Estructurada | Adaptabilidad Flexible |
| Adaptabilidad entre MO y MM | Adaptabilidad Estructurada | Adaptabilidad Flexible |
| Adaptabilidad entre MO y NO | Adaptabilidad Caótica | Adaptabilidad Estructurada |
| Adaptabilidad entre MO y SP | Adaptabilidad Rígida | Adaptabilidad Estructurada |

Nota. Por medio de esta tabla se muestra la adaptabilidad entre MO y el resto d los miembros de la familia, en un antes y un después del proceso terapéutico.

Con respecto a la adaptabilidad de los miembros del sistema en contraste con la relación que se estableció con MO se encontró como se observa en la tabla Nº 6 adaptabilidad del sistema familiar de MO que; la adaptabilidad entre MO y JS inicialmente estaba en adaptabilidad estructurada al igual que la adaptabilidad entre MO y MM, ello debido a que se reconoce la singularidad del miembro, sus intereses y existe la apertura para el cambio siempre y cuando la transformación sea aceptable (proceso de negociación) para las dos partes. De igual forma se observa que la adaptabilidad entre MO y NO clasificó como adaptabilidad caótica puesto que existe un superficial (engañoso) proceso de reconocimiento basado en una aparente escucha que concluye en acciones donde no se toma en cuenta la postura, el pensar o sentir de MO. Finalmente se observó que la Adaptabilidad entre MO y SP clasifico inicialmente en adaptabilidad rígida puesto que no se evidencia la posibilidad de negociación, reconocimiento o consideración con respecto al cambio.

Es preciso resaltar que la información anterior expuestas tanto de cohesión y adaptabilidad subyacen del proceso inicial de afrontamiento al duelo por separación que vivenció el sistema familiar de MO, para poder consultar los resultados posteriores y durante el proceso terapéutico se debe leer el apartado de resultados.

6.5 Impresión diagnóstica

Por medio de los datos obtenidos a través de la entrevista sistémica, el proceso clínico, la exploración del diagnóstico diferencial y la aplicación de los instrumentos de evaluación se emite la impresión diagnóstica de V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión de la clasificación y las particularidades del caso MO.

De igual forma a nivel sistémico familiar se emitieron los criterios de: Límites difusos entre SP y MM (madre y abuela materna de MO), los subsistemas en reorganización con anteposición e influencia de abuela materna, el ciclo evolutivo de la familiar acontecido con duelo familiar por separación, alianzas entre MO y JS, coaliciones familiares entre SP y MM en contra del padre (NO) de MO, problemas de distribución jerárquica del poder por marginación de MM y anteposición de SP.

Además, se encontró a SP con resistencia a la movilización del sistema; por parte de MM, MO y SP se evidencia apertura y flexibilidad al cambio, para MO sus principales fuentes de apoyo son SP y MM, unas de las fuentes de estrés para MO se ubica en SP y el trámite que se da a nivel familiar al proceso de separación situación que favorece para el sostenimiento de los síntomas.

6.6 Ficha de síntomas y signos

En el presente apartado se presentan la lista de los síntomas y signos del caso de MO, los mismos se ubican en la tabla N° 6 Síntomas, narrativas y signos del caso MO compuesta por tres columnas y dos segmentos, la primera columna del primer segmento son el listado de los

“Síntomas de MO”, en la columna posterior se encuentran “Algunas narrativas de MO en la que se sitúan los síntomas” y finalmente el listado de los “Signos de MO”. De igual forma, en la primera columna del segundo segmento se ubican “Síntomas del sistema familiar de MO”, en la columna posterior se encuentran las “Algunas narrativas en los miembros de la familia en la que se sitúan los síntomas” y finalmente “Signos del sistema familiar de MO.

Es preciso resaltar que las narrativas presentadas son solo algunas de las varias que se encontraron en discurso de MO en el transcurso de las sesiones, sin embargo; se traen algunas de ellas para generar un contexto del síntoma.

Tabla 7.

Síntomas, narrativas y signos del caso MO.

| Síntomas de MO | Algunas narrativas de MO en la que se sitúan los síntomas. | Signos de MO |
|---|---|---|
| 1. Llanto rumbo a la escuela. | 1. “yo no sé qué me pasa, solo me dan ganas de llorar y no me siento feliz”. | • Anhedonia. |
| 2. Tristeza incomprendida. | 2. “Me siento rara, como que no puedo hablar, lloro y extraño que estemos juntos todos”. | • Angustia por la reorganización del sistema. |
| 3. Silencios prolongados ante la ausencia de actividad. | 3. “No es que no me guste estar o hablar con mis compañeros, solo que me siento triste y me pongo a pensar y pensar”. | • Presencia de pensamientos y narrativas nocivas no propios. |
| 4. Desinterés por jugar y compartir con sus compañeros del colegio. | 4. “a mí me gusta mucho jugar, saltar, cantar y dibujar, pero pues todos se ven muy felices”. | • Evitación a la abuela materna. |
| 5. Rechazo a la abuela materna. | 5. “Ummm, mi abuela es linda, hermosa, pero dice cosas feas, no me gustan”. | • Duelo infantil por separación parental. • Confusión por el contexto familiar actual. |

| <p>6. Sentimientos extraña por el padre e interés de que regrese a la casa.</p> | <p>6. “yo no entiendo porque mi papá se tiene que ir de la casa, porque mi mama llora, mi hermano esta como triste y me abraza mucho”.</p> <p>6. “Yo quiero que mi papá regrese a la casa”.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de la culpa a nivel vincular. |
|--|---|---|
| Síntomas del sistema familiar de MO | Algunas narrativas en los miembros de la familia en la que se sitúan los síntomas. | Signos del sistema familiar de MO |
| <p>1.Familia con dificultades para comprenderse, armonizar y funcionar.</p> <p>2.Sentimientos de culpa por parte de MO con respecto a su familia.</p> <p>3.Madre (de MO) quien se sitúa desde el margen por proceso de separación con cónyuge.</p> | <p>1. Manifiesto MO “la casa es toda extraña desde que mi papá se fue.</p> <p>1. Manifiesto MM “mi mama me ayuda mucho con la casa, pero pues ella no sabe cómo decir las cosas, sé que no tiene malas intenciones, pero pues al parecer los chicos no lo entienden, bueno finalmente ella es la que está pendiente de la casa en estos momentos”.</p> <p>1. Manifiesto SP “yo tengo que hacerme cargo, esta chica se hecho a morir y la familia me necesita, es por eso...” planteo también “a mí me paso en el pasado, yo también me separe y vea, no estoy muerta”.</p> <p>1. Manifiesto JS “yo soy el nuevo hombre de la casa y pues tengo que estar para todas ellas, la verdad es duro, pero pues (...) tengo que hacerlo”.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Abuela quien se ubica desde una posición de poder que implementa la culpa como mecanismo de orden. • Proceso inicial de reorganización del sistema. • Efecto negativo por antecedente de separación transgeneracional. • Descalificación narrativa ejercida por abuela materna (SP) con proceso de difusión semántica. • Duelo familiar por proceso de separación. • Ruptura tortuosa de pareja por separación y engaño. |

-
- | | |
|---|--|
| <p>2. Manifiesto MO “yo no quiero ser problema para nadie, no quiero hacer que mis papas se separen y menos que se muera mi abuela”.</p> <p>3. Manifestó MM “esto es mucho para mí, la separación, lidiar con todos los problemas que eso acarrea, mis hijos, mi mamá, la familia, etc.”.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Duelo infantil por separación parental. • Límites y roles difusos desde la reorganización del sistema. • Desviación respecto al nivel de tolerancia del sistema. • Coalición de los subsistemas familiares. • Presencia de estereotipos generacionales dominantes. |
|---|--|
-

Nota. En esta tabla se presenta un análisis narrativo de MO y su sistema familiar donde se evidencian los Síntomas, el contenido subjetivo y signos del caso MO.

6.5 Formulación de hipótesis sistémica

El apartado a continuación retoma los datos adquiridos en el transcurso de la intervención terapéutica y los contrasta desde la perspectiva sistémica en función del respectivo diagnóstico integral y diferencial, donde el contexto tales como historicidad, narrativas, aspectos culturales y relacionales fueron piezas fundamentales del mismo.

6.5.1 Hipótesis:

Tras hacer una valoración sistémica del caso MO con todos los insumos obtenidos en las diferentes fases del proceso terapéutico; se logró evidenciar con algunos de los miembros del sistema experiencias anteriores con los duelos infantiles por separación parental y con los duelos

por separación conyugal, estas (experiencias) incidieron de manera decisiva en el resultado por el cual llega MO a consulta, puesto que como portadora del síntoma era el reflejo del malestar del sistema por el cual estaban pasando, cuyas bases permitían divisar las herramientas de afrontamiento familiar, representaciones simbólicas generacionales, los patrones comportamentales en la reorganización del sistema y las pautas relacionales, todo esto como resultado de los efectos transgeneracionales ignorantes pero latentes que detonaron en el proceso de separación de NO.

El ejercicio del poder por parte de SP en el sistema (factor de mantenimiento), la comunicación hostil, la reorganización asumida del sistema, la anulación de miembros del mismo, el conflicto entre MM y NO influenciado por SP, el ignorar conversaciones con MO y JS son unas de las situaciones que ocasionaban los síntomas que presentaba MO, que tienen efectos de manera singular en MO y en el sistema familiar en general.

6.5.2 Motivación, recursos y resistencia del sistema familiar

Es preciso resaltar que uno de los elementos claves para la efectividad del proceso terapéutico fue el interés y la motivación de los miembros del sistema, que, aunque incrédulos como fue el caso de SP finalmente asistía por la intencionalidad de mejoría de MO, conforme fueron pasando las sesiones se evidenció que cada uno de los miembros se comprometía y apropiaba del proceso terapéutico como miembro activo del cambio. Dentro de los recursos a destacar que se presentó de manera transversa en el sistema era el interés de los miembros por lo artístico y lúdico, por lo que el incluir dichos métodos dentro del proceso terapéutico fue fundamental.

Las principales resistencias que se presentaron por parte de cada uno de los miembros del sistema fueron: en el caso de SP el permitirse escuchar, darle lugar a cada uno de los miembros y ceder el poder, en MM el esfuerzo y constancia para involucrarse más con respecto a lo que estaba pasando en el sistema y por parte de MO y JS el esfuerzo por significar la partida y distancia de NO.

Con respecto a los factores predisponentes, de adquisición, de mantenimiento y de apoyo se concluyó:

Como se mencionó en anteriores apartados la experiencia previa que tenía MM y SP con los duelos infantiles y conyugales por separación en esencia eran *factores de predisposición*; que acarrearón consigo todas las representaciones y vivencias mismas del pasado hasta el presente al punto de re-experimentarlas malestares y dolores antiguos con el caso actual de NO.

De igual manera se encuentran los *factores de adquisición* tales como las condiciones de hostilidad existentes antes del descubrimiento de la infidelidad, situación que se presentaba según MM con aproximados 3 meses de anticipación, cuyo escenario de desarrollo de las discusiones tenían lugar en los espacios del hogar en presencia del resto de miembros del sistema. El detonante que colapso el sistema fue la partida de NO de la casa puesto que su ausencia permitió la reorganización del mismo asumido por SP y la invisibilización de MM.

Dentro de los factores de mantenimiento se encontraba la estructura familiar (organización, roles, funciones, jerarquización y vínculos), las dinámicas familiares de hostilidad, la comunicación estereotipada y límites difusos, lo cual provocaba consigo tensión en el sistema, conflictos entre los subsistemas, dificultad para el reconocimiento y la vinculación con el otro.

No obstante, se encontraban los *factores protectores* entre estos los institucionales en el caso de MO y JS la planta de personal profesional del colegio, en el caso de MM uno de sus compañeros del trabajo quien brindo su apoyo en el proceso como soporte externo, las dinámicas mismas entre MO, JS y MM, finalmente la ayuda profesional que recibieron por parte del CPS de la IPS – UPB.

6.6 Análisis explicativo desde el DSM 5.

En el presente apartado se realizó la respectiva relación entre los criterios del DSM 5 y el caso MO; ello en el ejercicio de garantizar el diagnóstico diferencial, necesario puesto que permitió generar una lectura sobre el contexto del caso y de esta manera un plan terapéutico asertivo.

Diagnóstico del DMS 5 asignado: V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos

- = *Descripción:* En esta categoría el término padre se utiliza para referirse a cualquier cuidador principal del niño, ya sea un progenitor biológico, un padre adoptivo o de acogida, o cualquier otro familiar (como un abuelo) que desempeñe un papel parental para el niño. Esta categoría se debe utilizar cuando el principal objeto de atención clínica consiste en establecer la calidad de la relación padres e hijos o cuando la calidad de la relación padres e hijos está afectando al curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental o médico. Habitualmente un problema de la relación padres e hijos va asociado a un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. Son ejemplos de problemas conductuales el inadecuado control, supervisión e implicación de los padres con el niño, la sobreprotección de los padres, la presión paterna excesiva, las discusiones que se agravan hasta llegar a la amenaza de violencia física y la evitación sin

la resolución de los problemas. Los problemas cognitivos son atribuciones negativas a las intenciones de otros, hostilidad o convertir a otro en chivo expiatorio, y sensación de distanciamiento sin motivo. Los problemas afectivos pueden ser sensaciones de tristeza, apatía o rabia contra el otro miembro de una relación. Los clínicos han de tener en cuenta las necesidades de desarrollo del niño y su contexto cultural.

Clasificación: a continuación, se encuentra la tabla N° 7 Análisis del caso MO en contraste con el diagnóstico V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos; en ella se realiza el respectivo análisis del caso MO en contraste con los criterios DSM5, esta tabla está compuesta por 4 columnas, en la primera que titula Criterio DSM 5 se encuentran descritos punto a punto los criterios que designa el manual diagnóstico, posterior se encuentra la columna Síntoma de MO donde se hace el contraste entre los criterios y la sintomatología presentada por MO, luego se encuentra la tercera columna que tiene como título Narrativa de MO en la cual se resaltan las narrativas de MO donde se puede evidenciar el síntoma y el signo, finalmente en la cuarta columna que tiene como título Signo de MO se encuentra descrito los signos de MO, es preciso resaltar que toda la información es comparativa.

Tabla 8.

Análisis del caso MO en contraste con el diagnóstico V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos.

| Criterio DSM 5 | Síntoma de MO | Narrativa de MO | Signo de MO |
|---|--|---|--|
| Tensión con cualquier cuidador principal del niño (como un abuelo). | 1. Madre (de MO) quien se sitúa desde el margen por proceso de separación con cónyuge. | 1. “Ummm, mi abuela es linda, hermosa, pero dice cosas feas, no me gustan” dijo MO. | <ul style="list-style-type: none"> • Abuela quien se ubica desde una posición de poder que implementa la culpa como mecanismo de orden. |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>2. Rechazo a la abuela materna por recurrentes confrontaciones y rechazo para con MO.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Angustia por la reorganización del sistema. • Efecto negativo por antecedente de separación transgeneracional. |
| <p>Objeto de atención clínica consiste en establecer la calidad de la relación padres e hijos o cuando la calidad de la relación padres e hijos está afectando al curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental o médico.</p> | <p>1. Familia con dificultades para comprenderse, armonizar y funcionar.</p> <p>2. Silencios prolongados de MO ante la ausencia de actividad.</p> <p>3. Sentimientos extrañeza por el padre e interés de que regrese a la casa.</p> <p>4. Dificultades familiares por proceso de duelo por separación.</p> | <p>1. “Me siento rara, como que no puedo hablar, lloro y extraño que estemos juntos todos” planteo MO.</p> <p>2. “Ummm, mi abuela es linda, hermosa, pero dice cosas feas, no me gustan” planteo MO.</p> <p>3. “yo no entiendo porque mi papá se tiene que ir de la casa, porque mi mama llora, mi hermano esta como triste y me abraza mucho” expreso MO.</p> <p>4. “Yo quiero que mi papá regrese a la casa” trazo MO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duelo infantil por separación parental. • Confusión por el contexto familiar actual. • Proceso inicial de reorganización del sistema. • Límites y roles difusos desde la reorganización del sistema. • Desviación respecto al nivel de tolerancia del sistema. |

5. Manifiesto MM
 “mi mama me ayuda mucho con la casa, pero pues ella no sabe cómo decir las cosas, sé que no tiene malas intenciones, pero pues al parecer los chicos no lo entienden, bueno finalmente ella es la que está pendiente de la casa en estos momentos”.

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Problemas funcionales en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos.</p> | <p>1. Llanto rumbo a la escuela. 2. Tristeza incomprendida. 3. Desinterés por jugar y compartir con sus compañeros del colegio. 4. Sentimientos y pensamientos de rechazos por parte de los otros miembros del sistema.</p> | <p>1. “yo no sé qué me pasa, solo me dan ganas de llorar y no me siento feliz” expuso MO. 2. “Me siento rara, como que no puedo hablar, lloro y extraño que estemos juntos todos” planteo MO.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Duelo familiar por proceso de separación. • Ruptura tortuosa de pareja por separación y engaño. • Duelo infantil por separación parental. |
| <p>Son ejemplos de problemas conductuales el inadecuado control,</p> | <p>1. Sentimientos de culpa por parte de</p> | <p>1. “Ummm, mi abuela es linda, hermosa, pero dice</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de pensamientos y |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>supervisión e implicación de los padres con el niño, la sobreprotección de los padres, la presión paterna excesiva, las discusiones que se agravan hasta llegar a la amenaza de violencia física y la evitación sin la resolución de los problemas.</p> | <p>MO con respecto a su familia.</p> <p>2. Rechazo a la abuela materna.</p> <p>3. Madre (de MO) quien se sitúa desde el margen por proceso de separación con cónyuge.</p> | <p>cosas feas, no me gustan” dijo MO.</p> | <p>narrativas nocivas no propios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitación a la abuela materna. • Descalificación narrativa ejercida por abuela materna (SP) con proceso de difusión semántica. |
| <p>Los problemas cognitivos son atribuciones negativas a las intenciones de otros, hostilidad o convertir a otro en chivo expiatorio, y sensación de distanciamiento sin motivo.</p> | <p>1. Sentimientos de culpa por parte de MO con respecto a su familia.</p> <p>1. Familia con dificultades para comprenderse, armonizar y funcionar.</p> <p>3. Desinterés por jugar y compartir con sus compañeros del colegio.</p> | <p>1. “yo no sé qué me pasa, solo me dan ganas de llorar y no me siento feliz” presenta MO.</p> <p>2. “No es que no me guste estar o hablar con mis compañeros, solo que me siento triste y me pongo a pensar y pensar” planteo MO.</p> <p>3. “a mí me gusta mucho jugar, saltar, cantar y dibujar, pero pues todos se ven muy felices” expone MO.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Coalición de los subsistemas familiares. • Presencia de estereotipos generacionales dominantes. |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>Los problemas afectivos pueden ser sensaciones de tristeza, apatía o rabia contra el otro miembro de una relación.</p> | <p>1. Rechazo a la abuela materna. 2. Tristeza incomprensible.</p> | <p>1. “yo no sé qué me pasa, solo me dan ganas de llorar y no me siento feliz” dijo MO. 2. “Me siento rara, como que no puedo hablar, lloro y extraño que estemos juntos todos” planteo MO.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Anhedonia. • Presencia de la culpa a nivel vincular. |
|---|--|---|---|

Nota. La presente tabla permite realizar el Análisis del caso MO en contraste con el diagnóstico V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos

Con base a lo expuesto anteriormente se evidencia que el caso de MO cumple a cabalidad con los criterios diagnósticos estipulados por el DSM 5; de igual forma se emite el estudio diferencial con otros dos diagnósticos con los que tiene acercamientos con base a los síntomas y signos.

Tabla 9.

Diagnóstico diferencial con 309.21 (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación

| <u>Diagnóstico diferencial 1:</u> 309.21 (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación: | |
|--|---|
| <i>Criterio DSM 5</i> | <i>Contraste con el caso MO</i> |
| <p>A) Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:</p> | <p>Con respecto al criterio a en el caso de MO propiamente no se puede considerar la extrañeza de NO como un apego, al igual que no se podría llamar a la confusión y</p> |

-
1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego. desinformación del proceso de separación como miedo y la ansiedad por la pérdida.
 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte. No se registran pensamientos de componente trágico que propicien la preocupación por daño, lesiones, desaparición o muerte de NO u alguno de los miembros del sistema.
 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermarse) cause la separación de una figura de gran apego. MO al igual que el resto de los miembros del sistema no manifiestan rechazo o resistencia persistente a ubicarse en otros espacios o entornos distintos a la residencia.
 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación. La funcionalidad de MO es óptima por lo que sus pensamientos, emociones y comportamientos que están impulsados por la angustia y sustentados desde la desinformación no son paralizantes.
 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego. No se evidenciaron somatizaciones físicas por el malestar familiar, sin embargo; es preciso resaltar que si se observaron
 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación. preciso resaltar que si se observaron
-

8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) manifestaciones condensadas en el cuerpo tales como el llanto.

cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos. No se registran niveles elevados (intensidad) ni persistentes (frecuencia) de estos componentes expuestos en los criterios de la “B” en el proceso de MO.

C) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La experiencia de MO con respecto al proceso de duelo infantil por separación parental registra según la institución educativa (fuente) donde estudia disminución del rendimiento académico.

D) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer Las alteraciones y malestar del caso MO tiene una hipótesis y un diagnóstico basado en los aspectos familiares, sociales, culturales e históricos de cada uno de los miembros del sistema que fijan a MO como la portadora del síntoma familiar.

una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Nota. La presente tabla permite visualizar el ejercicio de análisis del Diagnóstico diferencial con 309.21 (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación.

Tabla 10.

Diagnóstico diferencial con V61.29 (Z62.898) Niño afectado por relación parental conflictiva

Diagnóstico diferencial 2: V61.29 (Z62.898) Niño afectado por relación parental conflictiva

| Criterio DSM 5 | Contraste con el caso MO |
|--|--|
| <p>Esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica son los efectos negativos de los desacuerdos de la relación entre los padres (p. ej., niveles elevados de conflicto, tensión o desprecios) sobre un niño de la familia, incluidos los efectos sobre un trastorno del niño, ya sea mental o médico de cualquier tipo.</p> | <p>En el caso de MO se evidencio que algunos de los síntomas y signos que se presentaban no eran efectos negativos de los desacuerdos entre NO y MM, tales como la anhedonia y llanto camino a la escuela. sin embargo, este diagnóstico deja por fuera otros síntomas y características del diagnóstico del sistema, tales como angustia por la reorganización del sistema, evitación a la abuela materna, confusión por el contexto familiar actual, por lo no reconocerlo limitaría el proceso terapéutico mismo.</p> |

Nota. Esta tabla permite visualizar el Diagnóstico diferencial con V61.29 (Z62.898) Niño afectado por relación parental conflictiva.

Finalmente se pudo concluir que el diagnóstico de 309.21 (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación y el de V61.29 (Z62.898) Niño afectado por relación parental conflictiva; son condiciones de salud mental complementarias que propician la comprensión parcial del malestar de MO, desde una visión integradora multidimensional pueden complementar finalmente el

diagnostico asignado V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos, pero por separado no darían respuesta o claridad para el plan terapéutico puesto que limitan el análisis del diagnóstico y con ello el proceso terapéutico.

6.7 Plan de intervención

Partiendo de la formulación del caso clínico y el procedimiento en el presente apartado se generó la proyección del proceso terapéutico, es decir que se tomaron las características del caso, las necesidades, oportunidades, los diferentes factores y las condiciones contextuales sobre las que se desarrolló el caso para trazar el plan terapéutico que se implementó.

6.7.1 Objetivos terapéuticos:

Con respecto a los objetivos terapéuticos que se establecieron en conjunto con la consultante y el sistema familiar de la misma partiendo del diagnóstico y las necesidades de los involucrados se concluyó:

Objetivos terapéuticos para MO:

Objetivo 1: Disminuir la sintomatología, los pensamientos y sentimientos nocivos de MO que perpetúan el malestar.

Objetivo 2: Fortalecer las herramientas de afrontamiento que tiene MO y orientar el proceso de resignificación del duelo.

Objetivos terapéuticos para el sistema familiar de MO:

Objetivo 1: Mejorar las pautas de relacionamiento y movilizar el sistema para la reorganización.

Objetivo 2: Fomentar alianzas entre los miembros del sistema familiar que fortalezca las pautas relacionales y los factores de apoyo entre los miembros.

Objetivo 3: Propiciar prácticas y pautas de comunicación conciliadoras y constructivas.

6.12 Cuadro de técnicas implementadas

A continuación, se relaciona la tabla N° 10 Cuadro de técnicas en contraste con objetivos terapéuticos; donde se registra el contraste entre los objetivos terapéuticos y las técnicas e instrumentos que se implementaron para dar cumplimiento a los mismo durante el proceso terapéutico del caso MO. En la columna izquierda se encuentran los objetivos terapéuticos para MO y los objetivos terapéuticos para el sistema de MO, en la columna del centro se encuentran relacionadas las técnicas e instrumentos implementados por objetivo y finalmente en el lateral derecho (última columna) se encuentran registradas las técnicas e instrumentos implementadas que son transversales; estos últimos tenían como propósito fortalecer el trabajo terapéutico en todos los objetivos sin situarse en uno específicamente.

Tabla 11.

Cuadro de técnicas en contraste con objetivos terapéuticos.

| Objetivos terapéuticos para MO | Técnicas e instrumentos implementados por objetivo | Técnicas e instrumentos transversales |
|---|--|---|
| Objetivo 1: Disminuir la sintomatología, los pensamientos y sentimientos nocivos de MO que perpetúan el malestar. | <ul style="list-style-type: none"> • Saturación del problema. • Bautizar y externalizar el problema. • Personificar el problema. • Exploración musical (recursos del sistema). | <ul style="list-style-type: none"> • Neutralidad curiosa. • Metáforas. • Preguntas circulares. • Preguntas reflexivas. • Connotación positiva. |

| | | |
|--|---|--|
| Objetivo 2: Fortalecer las herramientas de afrontamiento que tiene MO y orientar el proceso de resignificación del duelo. | <ul style="list-style-type: none"> • Dibujo libre. • Cuentos con sentido (metáforas). | <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación motivacional. • 200 tareas en terapia breve. • Resignificación. |
| Objetivos terapéuticos para el sistema de MO | Técnicas e instrumentos implementados por objetivo | |
| Objetivo 1: Mejorar las pautas de relacionamiento y movilizar el sistema para la reorganización. | <ul style="list-style-type: none"> • Genograma. • Test de la familia. • Desequilibrio. | |
| Objetivo 2: Fomentar alianzas entre los miembros del sistema familiar que fortalezca las pautas relacionales y los factores de apoyo entre los miembros. | <ul style="list-style-type: none"> • Juego de roles (darles voz a las partes del sistema). • Reencuadre y redefinición. • Fronteras. • Desequilibrio. | |
| Objetivo 3: Propiciar prácticas y pautas de comunicación conciliadoras y constructivas. | <ul style="list-style-type: none"> • Construcción de historias. | |

Nota. Por medio de esta tabla se muestran las técnicas en contraste con objetivos terapéuticos del caso MO.

RESULTADOS

7.1 Resultados de la intervención sesión a sesión:

Como se mencionó en el apartado de procedimiento el proceso terapéutico tuvo 7 sesiones las cuales se distribuyeron de la siguiente forma:

Las siete (7) sesiones se distribuyeron de la siguiente manera:

- Sesión 1: Proceso de empalme inicial y contextualización de caso.
- Sesión 2: Proceso de contextualización y evaluación.
- Sesión 3: Proceso de evaluación.
- Sesión 4: Proceso de evaluación y terapéutico.
- Sesión 5: Proceso terapéutico.
- Sesión 6: Proceso terapéutico.
- Sesión 7: Proceso de cierre.

Cabe precisar que la sesión número 3 y 6 fueron sesiones familiares.

7.1.1 Fase cero: Captación del caso:

La acudiente (mamá) de la menor (MO) manifiesta que fueron orientados por el coordinador del colegio donde cursa actualmente su primer grado académico, quien, tras conocer la situación del llanto y cambio de ánimo de MO camino al colegio, se preocupa y sugiere que es necesario consultar por psicología, por lo que recomienda los servicios del CPS de la IPS - UPB.

La madre refiere en primera consulta “luego de escuchar al coordinador camine buscando este lugar donde me dijeron que nos podían atender psicólogos para ayudarnos a encontrar alguna explicación a lo que pasa”, anexa “luego lo encontré y pues ingrese preguntando por estos

servicios, me dijeron que me asignarían con mucho gusto un psicólogo y me dieron su nombre doctor, me dijeron que día y a qué hora usted me podía atender y pues acá estamos”.

7.1.2 Primera fase. Proceso de empalme inicial y contextualización de caso

Sesión 1: Inicia con el primer contacto entre el consultante y el terapeuta (se entabla rapport), se enseñó las instalaciones físicas del lugar, se presentó el terapeuta; MO y su mamá, de igual forma se mostró y explico los documentos a diligenciar (consentimiento informado, historia clínica y el primer seguimiento terapéutico), posterior se dialogó con respecto al motivo de consulta, el contrato y alianza terapéutica.

- Dentro de la información que se logró recolectar se encuentra: Información personal de la consultante (antecedentes, historia del desarrollo y de ciclo vital), información del sistema familiar (composición), información académica (grados cursados y dificultades), situación de la consultante, síntomas y motivo de consulta.
- Objetivo de la sesión: Conocer las características y necesidades de la consultante en función de asegurar los trámites administrativos pertinentes para salvaguardar su bienestar.
- Observaciones relevantes de las narrativas: MO planteo “siento un poco de miedo y pena por venir a hablar acá” anexa de igual forma “mi mama y mi hermano necesitan ayuda también”, situación que llama la atención del terapeuta por el sentir con respecto al hablar y el involucramiento de hermano y mamá en la enunciación de ayuda.

Sesión 2: Dentro de esta sesión se profundizó con respecto al motivo de consulta, se implementaron técnicas lúdicas para ampliar la información sobre los síntomas, pensamientos y sentimientos (se implementó uso de la metáfora, dibujo libre, bautizar y externalizar el

problema), de igual forma se ahondo sobre las dinámicas familiares; para ello se realizó la aplicación del test de la familia y genograma, finalmente se abordan aspectos singulares de la consultante para generar proceso de contextualización.

- Dentro de la información que se logró recolectar se encuentra: Información personal de la consultante (pensamientos, sentimientos y percepción), información del sistema familiar (composición, roles, funcionalidad y aspectos vinculares), información académica (aspiraciones y gustos), situación de la consultante, síntomas y trasfondo del motivo de consulta, es preciso resaltar que se realiza evaluación mental y explora presencia de pensamientos suicidas (no presenta ninguno).
- Objetivo de la sesión: Profundiza y generar un contexto sobre el motivo de consulta, los síntomas y las necesidades de la consultante.
- Observaciones relevantes de las narrativas: Dentro de los muchos temas que se tocaron en la sesión, algunas de las narrativas de MO que llamaron la atención fueron “mi abuelita no me quiere”, además “no entiendo que es lo que pasa y porque mi papá se tiene que ir de la casa”, también planteo “yo no quiero que nadie pelee por mi o que yo les haga daño”.

Nota: Se dejan compromisos asignados para próxima sesión (200 tareas de terapia breve).

7.1.3 Segunda fase. Evaluación y Diagnóstico del caso

Sesión 3: Dentro de esta tercera sesión se profundizó con respecto al motivo de consulta en contraste con las dinámicas familiares, se implementaron técnicas de evaluación con la implementación de la metáfora y juego de roles para ahondar sobre las dinámicas familiares,

finalmente se abordan aspectos singulares de la consultante para generar proceso de contextualización.

- Dentro de lo que se logró evaluar se encuentra: Información personal de la consultante (pensamientos, sentimientos y percepción), información del sistema familiar (composición, roles, funcionalidad y aspectos vinculares), síntomas y trasfondo del motivo de consulta.
- Objetivo de la sesión: Evaluar la relación que tiene el sistema familiar con respecto al motivo de consulta y los síntomas.
- Observaciones relevantes de las narrativas: Dentro de la consulta familiar se registró en narrativas que; SP planteo “Yo no es que quiera lastimarlos o hacerlos sentir mal, yo solo quiero protegerlas del dolor de la separación, incluso mi hija que lo vivió sabe cómo es eso de feo”, MM planteo “Mamá, pero muchas cosas tú quieres decidir por nosotros y pues yo te respeto, pero ellos son mis hijos y esta es mi casa”. Algo importante para anexar es que durante la consulta JS y MO mostraron incomodidad por los temas que se hablaron, respondieron positivamente ante las dinámicas lúdicas, sin embargo; intentaban limitar las respuestas cuando las mismas tenían relación con su abuela.

Nota: Se dejan compromisos asignados para próxima sesión (200 tareas de terapia breve).

Sesión 4: Durante la cuarta sesión se implementó las técnicas de saturación del problema, preguntas reflexivas, resignificación y uso del cuento con sentido. Todo esto en función del malestar manifiesto, del plan terapéutico y las necesidades de la consultante.

- Dentro de lo que se logró evaluar se encuentra: El sentido y contenido subjetivo del malestar (separación parental), se exploró los factores de predisposición, de adquisición,

mantenimiento, protectores; al igual que la motivación, recursos y resistencia del sistema familiar.

- Objetivo de la sesión: Evaluar los factores influyentes en el malestar latente y persistente de la consultante cuyo punto de partida es el duelo por separación parental.
- Observaciones relevantes de las narrativas: MO planteo “yo no quiero que mi abuela se muera, que mi papá no regrese a la casa por mí, que mi mama este triste o preocupada por mí”.

Nota: Se dejan compromisos asignados para próxima sesión (200 tareas de terapia breve).

7.1.4 Tercera fase. Intervención terapéutica

Sesión 5: Durante la quinta sesión se implementó las técnicas terapéuticas de exploración musical. Fronteras y construcción de historias. Todo esto en función del malestar manifiesto, del plan terapéutico y las necesidades de la consultante.

- Dentro de lo que se logró trabajar se encuentra: Las representaciones que se tiene por parte de la consultante de: Familia, emociones, sentimiento, matrimonio, la paternidad y maternidad, la convivencia y separación; de igual forma se exploró de las diferentes gamas de las emociones y como se sitúan en la cotidianidad.
- Objetivo de la sesión: Impactar desde la subjetividad de la consultante en las representaciones que tiene de los factores influyentes en el malestar debido al duelo por separación parental.
- Observaciones relevantes de las narrativas: Pregunto MO “¿familia también se le llama a las que el papá se les va, como la mía?”, anexa de igual forma “mi papa no quería a mi mamá porque la traiciono, será que ¿se aburrió de nosotros?”.

Nota: Se dejan compromisos asignados para próxima sesión (200 tareas de terapia breve).

Sesión 6: Durante la sexta sesión se implementó las técnicas terapéuticas en familia de reencuadre, redefinición, desequilibrio y construcción de historias. Todo esto en función del malestar manifiesto en la familia, del plan terapéutico y las necesidades de la consultante (portadora del síntoma) en función de la familia y el bienestar en singular.

- Dentro de lo que se logró trabajar se encuentra: La reorganización de la familia y el fortalecimiento de lazos, de igual forma se trabajaron los límites y los roles familiares; gracias al proceso de movilización la familia logró reflexionar en torno a su historicidad, la comunicación consciente y necesidades colectivas.
- Objetivo de la sesión: Impactar desde la movilización familiar (desequilibrio) la subjetividad de estos en función del proceso de elaboración del duelo singular y colectivo.
- Observaciones relevantes de las narrativas: SP expuso “lamento ser tan dura con ustedes, pensé que ustedes estaban tan asustados como yo, no quería que los lastimaran y resulta que yo los estaba lastimando, discúlpenme por favor” anexo MM “yo les falle como mama porque me concentre en mi dolor y no en escucharlos y ayudarlos”.

Nota: La familia se coloca compromisos y llegan a acuerdos de convivencia en función de la empatía y el lazo familiar.

7.1.5 Cuarta fase. Cierre de caso

Sesión 7: Finalmente en esta séptima sesión se implementó las técnicas terapéuticas de resignificación, comunicación motivacional y connotación positiva. Se realizó evaluación del proceso terapéutico por parte de la consultante y se efectuó el cierre del proceso.

- Objetivo de la sesión: Asegurar el cierre terapéutico con los más altos estándares de calidad humana y profesional.
- Observaciones relevantes de las narrativas: manifestó MO “gracias por ayudarme a no sentirme más triste, también por enseñarme como controlar mis emociones y como jugar y exponer lo que pienso y siento” anexa “sé que mis papas deben decidir si estar juntos o no, igual ellos estarán para mí”.

Nota: El cierre terapéutico se efectuó positivamente, de igual forma se realizó revisión en conjunto del cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

7.2 Logros obtenidos por fase del proceso de intervención

Fase cero - Captación del caso:

- Logros: La captación del caso se efectuó de manera efectiva, se orientó a MO sobre los servicios que presta la IPS de la UPB y sobre el respectivo proceso para recibir consulta con psicología.

Primera fase - Proceso de empalme inicial y contextualización de caso:

- Logros: Se obtuvo información relevante con respecto a la historia clínica y los respectivos acercamientos con el contexto del motivo de consulta, de igual forma se establecieron primeros indicios de rapport y se observó compromiso con el proceso terapéutico.

Segunda fase - Evaluación y Diagnóstico del caso:

- Logros: Se logró establecer un diagnóstico diferencial y contextualizado producto de la implementación de diferentes estrategias de evaluación. Se evidenció movilización del

sistema y participación activa del proceso terapéutico. De igual manera se estableció plan terapéutico.

Tercera fase - Intervención terapéutica:

- Logros: Se evidencio la disminución de la sintomatología, al igual que de los pensamientos y sentimientos nocivos de MO, de igual forma se observó la implementación de diferentes estrategias de afrontamiento con respecto al proceso de duelo (sostiene una postura crítica con respecto a la experiencia), se observó mejoramiento en pautas de relacionamiento, rectificación de los factores de apoyo y roles claros dentro del sistema, se logró que cada miembro del mismo (sistema) alcance a hacer retroalimentaciones con base a su pensar y sentir reconociendo al otro sin anteponer posiciones o invisibilizar.

Cuarta fase - Cierre de caso:

- Logros: Se observa cumplimiento de los acuerdos, sostenibilidad de los logros de las sesiones pasadas y desaparición de los síntomas por los que ingresa a motivo de consulta, es preciso resaltar que el proceso de duelo está en desarrollo, por lo que es de suma importancia continuar con proceso terapéutico y realizar una nueva valoración que permita divisar los avances.

7.3 Cuadro de cumplimiento de objetivos terapéuticos

Tabla 12.

Cumplimiento objetivo terapéutico.

| Objetivos terapéuticos para MO. | Cumplimiento de objetivos terapéuticos. | Recomendaciones. |
|--|--|-------------------------|
|--|--|-------------------------|

| | | |
|---|--|--|
| <p>Objetivo 1: Disminuir la sintomatología, los pensamientos y sentimientos nocivos de MO que perpetúan el malestar.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Desaparición de los síntomas por los que ingresa a consulta. • Por medio del trabajo con las narrativas se logró resignificar conceptos nocivos. | <ul style="list-style-type: none"> • Para que el proceso terapéutico sea efectivo se debe dar continuidad y trazabilidad al caso. |
| <p>Objetivo 2: Fortalecer las herramientas de afrontamiento que tiene MO y orientar el proceso de resignificación del duelo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se evidenció fortalecimiento y adquisición de nuevas herramientas de afrontamiento donde se incluyeron estrategias de lúdica, juego y conformación de redes de apoyo. • Se representaron nuevos significados con respecto al proceso del duelo. | |
| <p>Objetivos terapéuticos para el sistema de MO</p> | <p>Cumplimiento de objetivos terapéuticos.</p> | |
| <p>Objetivo 1: Mejorar las pautas de relacionamiento y movilizar el sistema para la reorganización.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se lograron establecer condiciones de relacionamiento, se | |
| <p>Objetivo 2: Fomentar alianzas entre los miembros del sistema familiar que fortalezca las pautas relacionales y los factores de apoyo entre los miembros.</p> | <ul style="list-style-type: none"> establecieron límites, se concertaron roles de los miembros del sistema, se conformaron líneas de | |

Objetivo 3: Propiciar prácticas y comunicación y se estipulo
pautas de comunicación pautas de convivencia.
conciliadoras y constructivas.

Nota. En la presente tabla se muestra el Cumplimiento objetivo terapéutico en función del objetivo terapéutico.

DISCUSIÓN

El caso de MO mostro grandes avances durante el proceso de acompañamiento clínico hasta cumplir los objetivos terapéuticos como se logró evidenciar en el estudio de caso relatado en el desarrollo de este documento (monografía), al finalizar no solo se alcanzó la identificación e intervención del malestar y sus componentes simbólicos narrativos, sino que también, se fortaleció un trabajo familiar en función de la corresponsabilidad, el reconocimiento del otro, las acciones de bienestar, la reorganización del sistema, el afianzamiento del vínculo y todas las implicancias del proceso adaptativo por la separación conyugal emergentes y claramente el duelo infantil mismo.

Como primera instancia se cumplió con lo planteado por Vargas (2014), quien explica que la estructura familiar y cada uno de sus miembros deben de someterse (voluntariamente) a un proceso dinámico del ciclo vital en donde se asumen nuevos roles (compromiso con el cambio), fortaleciendo consigo los vínculos entre los miembros de la familia y la disminución del malestar, esto desde una visión reflexiva entorno al reconocimiento de la corresponsabilidad del conflicto y los aportes singulares que se tienen a la tensión psíquica del sistema, es decir en el caso MO:

- SP logró identificar que ejercía un desplazamiento de MM en función del rol materno y de autoridad, donde los medios que implementaba de participación no eran los adecuados, al reconocer esta situación durante el proceso de reorganización y movilización del sistema logró aceptar los límites expuestos por MM y reubicarse de forma propositiva en el sistema familiar.
- MM por su parte identificó que la marginalidad ante la situación de separación no cumplía con la funcionalidad del rol materno que requería MO en el proceso de duelo, tal

como lo advierte Webb (2002) al hablar del dolor silenciado; que tiene que ver con ese infante al que se le invisibiliza en el proceso de separación de los padres con la indiferencia y no se le reconoce en su subjetividad.

- JS reconoció que su posición asumida en la familia era de *infante héroe* como lo expuso Baeza (2000), donde su mayor preocupación era el bienestar de todos los miembros de la familia, sin embargo, al anteponer el bienestar de los demás no se estaba posibilitando hacer un proceso de retrospectiva importante y necesario por el duelo mismo; que a su vez es un mecanismo de defensa como lo plantea Kröen (2002), durante el proceso de reorganización del sistema y de claridad en límites, JS logró ubicarse de manera propositiva y activa en el sistema desde un nuevo rol.
- MO por su parte logró darles voz a sus inconformidades (externalizar el problema) y desacuerdos con respecto a las transformaciones en la organización de la familia que se presentaron (asumidas) por la separación, propiciando consigo su participación en la movilización y en los acuerdos de la nueva estructura familiar que se gestaba en el proceso terapéutico; tal como lo declara Salzberg (1993), MO logró salir de su mecanismo de defensa “Miedo y vulnerabilidad” propuesto por Kröen (2002).

A su vez, en el caso de MO se evidenció la necesidad que tenía la familia sobre tener roles claros que den cuenta de tareas definidas y límites, tal como lo plantearon Minuchin y Fishman (2004), tras el proceso terapéutico una vez alcanzada dicha claridad se logró vencer los mecanismos de resistencia, darle lugar a la subjetividad de cada miembro, se movilizó el sistema mismo y finalmente se fortaleció la vinculación y funcionalidad de los subsistemas.

De igual forma el caso de MO mostró como los procesos de duelo no resuelto afectan lo vincular del sistema, donde Linares (2012) formula que a través de la exploración lúdica

intencional articulada con la infante y el sistema en general, logra reducir la posibilidad de triangulaciones, coalición entre cada uno de sus miembros, de somatizaciones e infantes portadores del síntoma, motivo por el cual MO estuvo en consulta.

Cuervo y Escalante (2011) por su parte resaltaron la importancia de las observaciones del entorno educativo en función de los pensamientos, comportamientos y sentimientos del infante, puesto que es común que se presente disminución del rendimiento académico o dificultades relacionales con los otros infantes y/o maestros, situación que se presentó con MO; puesto que el colegio como sistema era uno de los puntos de fuga donde se encontraba condensando y desplazando el malestar por la separación parental.

Siguiendo Payne (2002), la terapia narrativa se centra en el contenido significativo de las historias contadas, en este caso por la infante MO, donde se encuentra la subjetividad propiamente dicha o emergente encubierta, tales como:

- MO presento ante el proceso terapéutico narrativas saturadas inicialmente sustentadas en la culpa como lo menciona Salzberg (1993) y en la incertidumbre como lo menciona Webb (2002), que tras la implementación de herramientas y técnicas narrativas y estructurales se logró resignificar creando nuevos símbolos y con ello dar un sentido a la separación.
- SP logro identificar el dolor de un proceso de duelo no resuelto de su infancia, que estaba teniendo inferencia por efecto espejo (proyección) con MO; a la cual le atribuía sentimientos y pensamientos de su propia experiencia (García y Mellado, 2013).
- Por su parte MM encontró en la situación de separación un efecto transgeneracional interiorizado en su subjetividad que se fundamentaba en el miedo a la soledad y el

abandono, que de una u otra forma interfería con su involucramiento con la tensión psíquica familiar.

Retomando la efectividad del proceso terapéutico propuesto por Salzberg (1993) y los compromisos del terapeuta que precisan Paré y Sawatzky (1993) se cumplió con:

- El sistema familiar de MO fortaleció su comunicación asertiva, empática y afectiva, donde se prioriza el respeto y la validación emocional.
- El sistema familiar de MO fortaleció las pautas relacionales y vinculares, propiciando el reconocimiento del otro y su rol dentro del sistema familiar.
- Todo el sistema familiar de MO durante el proceso terapéutico se comprometió, movilizó y participo en función de los recursos de cada miembro logrando con ello significar la separación y sus respectivos sentimientos, pensamientos y comportamientos.
- Al finalizar el proceso terapéutico se logró reducir la tensión psíquica y somática del sistema, permitiendo que el malestar y los síntomas disminuyeran.
- Durante el proceso terapéutico se aseguró el establecimiento de una relación terapéutica mediada por el reconocimiento, la validación y la interpelación de las narrativas.
- De igual forma la infante logro significar y clarificar con respecto a la perdida ambigua y sus respectivos términos, dando un lugar a la experiencia, el duelo y a la separación en sí (Boss, 2001).

Logrando con ello entonces que los efectos positivos del proceso terapéutico, los aprendizajes y las experiencias; se sostuvieran en el tiempo incluso en los entornos externos al consultorio tal como Freeman, Epston y Lobovits (2001) afirman sobre el asertividad del proceso terapéutico.

CONCLUSIONES

Parte fundamental de la formación como especialista de todo profesional son los acercamientos a experiencias prácticas donde se expone a contextos reales lo aprendido durante la formación teórica, el ejercicio monográfico que reposa en este documento es valioso no solo por sus hallazgos, esfuerzos, logros, tiempo y rigurosidad académica e investigativa, sino también, por las experiencias tramitadas en un recinto al que se le llama consultorio que fue testigo de los avances, retrocesos, logros y dificultades de un otro que recibe el nombre consultante y de un interlocutor al que se le titula terapeuta.

En este apartado en forma de esbozo se puntualizan algunas conclusiones con el aparatoso intento de ser conciso; ante la inmensa experiencia y aprendizaje adquirido al hablar de duelo infantil por separación parental y como el enfoque sistémico desde el modelo estructural y narrativo propician la disminución, por no decir desaparición total de los síntomas y el cumplimiento del objetivo terapéutico, se concluye que:

- 1) Los procesos de separación parental son factores estresores, de dolor y tensión psíquica para todo el sistema familiar que alteran el pensamiento, los sentimientos y el comportamiento de cada miembro.
- 2) Los infantes ante la situación de separación suelen ser invisibilizados puesto que los adultos asumen que este no tiene el grado de madurez para comprender el suceso y por ello el manejo que se le da con frecuencia es el de la indiferencia.
- 3) El ámbito educativo es un escenario donde el infante suele exteriorizar las emociones y los pensamientos de manera no controlada si están ante un duelo por separación parental, por ello es responsabilidad del sistema educativo contar con profesionales preparados que sepan identificar y orientar al infante y su familia ante el hecho.

- 4) Es fundamental fortalecer el manejo del duelo infantil por separación parental en estrategias comunitarias e incluirlo en dispositivos sociales para que sean asumidos con cordura y responsabilidad independientemente del estrato económico.
- 5) Los procesos de unión entre la pareja conyugal suelen estar mediados por algún sentimiento de goce (amor) y por ello ante el divorcio o la separación lo mínimo es ser responsables afectivamente con el otro.
- 6) Fundamental tener claridad que los hijos no se divorcian de sus padres; asumiendo que el lazo vincular es distinto y la forma de elaboración del duelo ante la separación se debe entender desde esa misma diferencia.
- 7) Como lo planteo Bengoechea (1992), la separación tiene impacto en múltiples componentes que deben ser comprendidos y atendidos por los implicados.
- 8) La sociedad se ha transformado en sus formas de vincularse afectivamente y con ello de organizarse a nivel de colectividad, esto exige la implementación de más investigaciones que permitan robustecer las bases teóricas/prácticas de la clínica.
- 9) No existe una única forma de duelo infantil por separación parental, por el contrario, es diversa y muy propia en su forma de mostrarse, representarse y sentirse.
- 10) La intervención del duelo infantil por separación parental exige la implementación del juego y la lúdica desde un enfoque terapéutico con intenciones clínicas que retomen los recursos, necesidades, gustos y potencialidades del infante y su sistema para construir experiencias significativas que aseguren la sostenibilidad de los logros.
- 11) Dentro del proceso clínico terapéutico trabajar desde el modelo estructural es importante en el trabajo del duelo infantil por separación parental puesto que permite la movilización en la estructura, la vinculación y funcionalidad familiar; necesaria

para dar trámite, claridad y armonía al infante y al sistema en general en esa condición de tensión psíquica y reorganización.

- 12) Dentro del proceso clínico terapéutico trabajar desde el modelo narrativo es fundamental para la identificación de todos los elementos subjetivos, simbólicos, de interiorización y representación de la experiencia mediante las narrativas que tiene el infante que a su vez permiten trabajar el sentido y el malestar (síntoma).
- 13) Finalmente, el abordaje del duelo infantil por separación parental desde el enfoque sistémico con el modelo estructural y narrativo es efectivo; puesto que permite retomar los recursos, la subjetividad y las potencialidades singulares y colectivas en función del proceso de superación y elaboración del duelo.

REFERENCIAS

- Andrade, J. A. (2017). El constructivismo como un enfoque abierto. In Memorias del tercer Congreso Internacional de Ciencias Pedagógicas: Por una educación inclusiva: con todos y para el bien de todos (pp. 1560-1572). Instituto Superior Tecnológico Bolivariano.
- Autric Tamayo, C. G. (2018). Terapias Narrativas.
- Ávila, M. M., & de la Rubia, J. M. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109.
- Bados, A., García, E (2014). La Entrevista Clínica. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona.
- Barbosa, S. D. S., Ayala, J. B., Orozco, B. P., Méndez, D. R., & Tallabas, A. O. (2011). Relación entre el tipo de apoyo y el estilo de amor en parejas. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 41-56.
- Bárcena, R. R., González, M. S. y Arredondo, L. V. (2006). Antídoto Contra Monstruos: El uso de historias terapéuticas con niños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9 (3), 12-23.
Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/issue/view/1556/showToc>
- Bernal, Á., & Silva, T. (2014). Juego, danza y música en psicoterapia infantil. *Praxis Pedagógica*, 14(15), 255-265.
- Bettelheim, B. (2006). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. España: Crítica.
- Blanco, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. WW Norton & Company.
- Bleger, J. (1964). *La entrevista psicológica*. Temas de psicología (entrevista y grupos).

- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. y Valcárcel, ZJ (1987). Terapia familiar sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica. En Terapia familiar sistémica de Milán: diálogos sobre teoría y práctica (pp. 382-382).
- Bruner, J. S., Olver, R. R., & Greenfield, P. M. (1966). Studies in cognitive growth.
- Bulmahn, J. et al. (2009). Pathfinder Roleplaying Game. Wash: Paizo Pub.
- Camacaro Pachano, J., & Sánchez de Mantrana, M. (1995). Comparación del ciclo evolutivo familiar en dos barrios de Coro, Estado Falcón. Med. fam.(Caracas), 15-19.
- Campillo, M. (2004). El cuento terapéutico: El método de la magia. SEFPSI, vol. 7, no. 1-2 (193-208).
- Cassepp-Borges, V., & Teodoro, M. L. M. (2009). Versión reducida de la escala triangular del amor: características del sentimiento en Brasil. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 43(1), 30-38.
- Castells, P. (2012). Los padres no se divorcian de sus hijos. Aguilar.
- Castillo, Y. (2014). Repercusión del divorcio de los padres en niños de edad escolar [tesis]. La Habana: Universidad de La Habana.
- Cid, F. M., & Cid, Y. M. (2012). Características de los componentes del amor de pareja en una muestra de estudiantes chilenos. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15(1), 206.
- Corman, L. (1967). El test del dibujo de la familia. Buenos Aires: Kapelusz. 2006). El médico familiar y la atención a la familia. Revista Pacena Medicina Familiar, 3(4), 95-100.
- Corrales, L. F. S. Los juegos de rol y la identificación: propuesta para la psicoterapia.
- Cuervo, Á. A. V., & Escalante, J. A. (2011). Desempeño académico en hijos de padres casados y divorciados. Revista Mexicana de Orientación Educativa, 8(20), 24-32.

- Rosario Bonilla-Sánchez, M., & Solovieva, Y. (2016). Evidencias de la formación de la función simbólica a través de la actividad de juego de roles sociales. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, 16(1), 29-40.
- Elkonin, D. B., & Uribe, V. (1980). Psicología del juego (p. 67). Madrid: Pablo del Río.
- Fagan, P. y Rector, R. (2000). The effects of divorce on America. Massachusetts. The Heritage Foundation.
- Fairlie, A. & Frisancho, D. (1998). Teoría de las interacciones familiares. Revista de Investigación en Psicología, Vol. 1, N° 2, pp. 41 - 74. En:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n2/pdf/a02v1n2.pdf
- Fariña, F., y Arce, R. (2006). El papel del psicólogo en casos de separación o divorcio. En J. C. Sierra, E. M. Jiménez, y G. Buena-Casal (Coords.), Psicología forense: Manual de técnicas y aplicaciones (pp. 246-271). Madrid: Biblioteca Nueva. ISBN: 84-9742-431-X
- Febles M. y Canfux V. (2001). La concepción histórico cultural del desarrollo. Leyes y principios. En Cruz L. (2006). Psicología del desarrollo Selección de lecturas, La Habana: Félix Varela (9-15).
- Femat, M. Representaciones sociales y procesos de cambio en la familia. En:
http://148.206.107.15/biblioteca_digital/capitulos/24-630muz.pdf
- Fernández, M. (2012). Las víctimas inocentes de la separación o divorcio. Consecuencias en los hijos/as: Escuela vasco navarra de terapia familiar. Ediciones Morata.
- Fleming, T. (2003). Medios narrativos para fines transformadores: Hacia un lenguaje narrativo para la transformación.
- Franco Navarro, M. D. (2013). Consecuencias y mitos del divorcio en el duelo infantil.
- Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (2001). Terapia narrativa para niños. Aproximación a los problemas familiares a través del juego. Estados Unidos: Paidós.

- Freud, Sigmund. (1930) "El malestar en la cultura". En Obras completas, vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- Fromm, E. (1956). El arte de amar. Barcelona: Paidós.
- García A. (1997). La clínica infantil. Especialización, mitos y temores Revista cubana de Psicología, vol. 14, no.1 (105-106).
- García A. (2013). Actualización para el análisis del dibujo espontáneo y temático, La Habana: documento inédito Facultad de Psicología
- García A. (2013). Psicoterapia Infantil, La Habana: Documento inédito Facultad de Psicología
- García, A. (2006). Psicopatología infantil. Su evaluación y diagnóstico. Editorial Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, Cuba.
- García, A. F. S. (2012). El cuento como herramienta psicoterapéutica en el manejo emocional de niños con discapacidad. Revista electrónica de psicología Iztacala, 15(4), 1209-1223.
- Garín, P. B. (1992). Un análisis exploratorio de los posibles efectos del divorcio en los hijos. Psicothema, 4(2), 491-511.
- González-Pienda, J. A., Núñez, J. C., Roces, C., González-Pumariega, S., González, P., Muñiz, R., ... & Bernardo, A. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. Psicothema, 471-477.
- Hernández Montaña, A., González Tovar, J., & Regino Rico, D. J. (2016). Análisis comparado por género del significado de amor de pareja en jóvenes y adultos/as. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 19(4).
- Kroën, W. (2002). Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido. Un manual para adultos. Barcelona: Oniro.

- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). Sobre el duelo y el dolor: cómo encontrar sentido al duelo a través de sus cinco etapas. Luciérnaga
- Ledesma, R. I. G., Cabrera, A. M., & Torres, L. S. (2010). Pérdida y duelo infantil: una visión constructivista narrativa. *Alternativas en Psicología*, 15(23), 58-67.
- Lee, J. A. (1977). A typology of styles of loving. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 3, 173-182.
- Lizardo, J. D. G., & Fadda, S. M. N. (2019). Intervención narrativa en duelo infantil por separación de pareja estudio de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42.
- López De Martín, S. R. (2011). Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston. In III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Machín, C. E. B. (2012). Algunas consideraciones sobre los factores potencialmente psicopatógenos del Medio. *Gaceta Médica Espirituana*, 7(1), 15.
- Mackay, D., (2001). *The Fantasy Role-Playing Game: A New Performing Art*. London: Macfarlan
- Malo Ordóñez, L. I., & Chica Durán, M. F. (2015). Psicodiagnóstico de Ansiedad mediante el Test de Apercepción Temática Infantil (CAT) y el Test de la Familia en niños y niñas de 4 a 5 años. Estudio realizado en el Centro de Desarrollo Infantil Municipal “Sol de Talentos” y el Centro Pre-Escolar “El Bosque” (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).
- Marín, M. A. (2010). Divorcio conflictivo y consecuencias en los hijos: implicaciones para las recomendaciones de guarda y custodia. *Papeles del psicólogo*, 31(2), 183-190.
- Maslow, A. (1968). Some educational implications of humanistic psychologies. Boston. *Educational Review*, 38(4), 685-696.

- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row. Abraham H Maslow; Paul Kruntorad Editorial: Reinbek bei Hamburg Rowohlt April 2021 Serie: rororo, 17395; rororo-sachbuch. Alemán (ger)
- Masuda, M. (2003). Meta-analyses of love scales: Do various love scales measure the same psychological construct? *Japanese Psychological Research*, 45, 25-37.
- McEntire, N. (2003). "Los niños y el duelo: La muerte de un ser que rido." [http://ceep.crc.uiuc.edu/eecear-chive/digests/2003/mcentire03s.pdf].
- Morán, M. C. (2009). *Psicología y Música: Inteligencia Musical y Desarrollo Estético*. Revista Digital Universitaria, 5,10,11.
- Mory Arciniega, E. C. (2022). *Sílabo de Psicoterapia Sistémica*.
- Muñoz-Ortega, M., Gómez-Alaya, P., & Santamaría-Ogliastri, C. (2008) *Pensamientos y sentimientos reportados por los niños ante la separación de sus padres*. *Universitas Psychologica*, 7 (2), 347-356. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n2/v7n2a04.pdf>
- Núñez Mederos, C. S., Pérez Cernuda, C., & Castro Peraza, M. (2017). *Consecuencias del divorcio-separación en niños de edad escolar y actitudes asumidas por los padres*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3), 296-309.
- Olson, D., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar: Faces III*.
- OMS-OPS. 26 al 28 de marzo de 2003. *La familia y la salud*. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA. p.5.
- Paré, D. y Sawatzky, D. (1993). White, M. & Epston, D. *Medios narrativos para fines terapéuticos*. *Revista Canadiense de Consejería y Psicoterapia*, 27 (4).

- Pérez Testor, C., Davins Pujol, M., Valls Vidal, C., & Aramburu Alegret, I. (2009) El divorcio: una aproximación psicológica. *La Revue du REDIF* 2, 39-46. Recuperado de:
https://www.academia.edu/17052010/El_divorcio_una_aproximaci%C3%B3n_psicol%C3%B3gica
- Quel, M. Á. P. (2007). La espiral del ciclo vital familiar. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14, 46-59. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/69808347/FACES-III>.
- Reusche, R. M. (1998). El funcionamiento familiar de adolescentes con problemas de conducta escolar, según la Escala para evaluar la Adaptabilidad y Cohesión de la familia (FACES III) de D.H. Olson. (Tesis Doctoral). Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima.
- Rodas, Y. (2016). Los niños de edad escolar, en el conflicto del fenómeno del divorcio. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Rodríguez Muñoz, C. J., & Izquierdo-Sotorrío, E. (2018, November). Revisión sistemática del apego en niños y niñas adoptados: una nueva experiencia de vinculación precedida de una separación y pérdida. In *Actas del V Congreso Internacional en Contextos Psicológicos, Educativos y de la Salud. Volumen II*. Madrid, 21, 22 y 23 de noviembre de 2018. Departamento de Psicología y Salud.
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3),261270. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Rubin, Z. (1970). Measurement of romantic love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 265-273.
- Ruiz Celi, R. D. (2019). Aplicación de los juegos de roles basado en el enfoque colaborativo utilizando títeres mejora la expresión oral en el área de comunicación en los niños de 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 203 “Jesús el Carpintero”–Zarumilla, region Tumbes 2015.
- Salzberg, B. (1993). *Niños No Se Divorcian*, Los. Beas Ediciones.

- Simons, R. L. y Beaman, J. (1996). Father's parenting. En R. L. Simons (Ed.), *Understanding differences between divorced and intact families: stress, interaction and child outcome* (pp. 94-103). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Smith, C. y Nylund (1997). *Narrative therapies with children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- Sozoranga, R. (2015). *Las estrategias de afrontamiento ante el divorcio y/o separación parental en los estudiantes de los novenos años de educación básica del colegio de bachillerato la dolorosa, período 2014-2015 [tesis]*. Ecuador: Universidad Nacional de Loja.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Sternberg, R. J. (1988). *The triangle of love*. New York: Basic Books.
- Sternberg, R. J. (1997). Construct validation of a triangular love scale. *European Journal of Psychology*, 27, 313-335.
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. *Psicodiagnóstico*, 5, 45-56.
- Traversa, V. (2008). *Cuentos terapéuticos para niñas y niños*.
- Villarreal-Zegarra, D., & Paz-Jesús, A. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 21-64
- Waisbrud, G., Erdmenger, E. (2006). *El Poder de la Música en el Aprendizaje*. México: Editorial Trillas.
- Webb, N. B. (2002). *Helping bereaved children a handbook for practitioners*. Nueva York: Guilford Press
- White, C. (2009). Where did it all begin? Reflecting on the collaborative work of Michael, White and David Epston. *Context*, 105, 59-60.

- White, M., & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos (pp. 53-87). Barcelona: Paidós.
- White, M., & Epston, D. (2004). Externalizing the problem. *Relating experience: stories from health and social care*, 1, 88.
- Yáñez-Galecio, J. (2005). Competencias profesionales del psicólogo clínico: un análisis preliminar. *Terapia Psicológica*, 23(2), 85-93.
- Yela, C. (1996). Componentes básicos del amor: algunas matizaciones al modelo de Sternberg. *Revista de Psicología Social*, 11, 185-201.
- Yela, C. (1997). Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. *Psicothema*, 9(1), 1-15.
- Zlachevsky, A. M. (2014). La psicoterapia, curación por la palabra: una perspectiva sobre el lenguaje. *De familias y terapias*, 23(36), 69-85.

11.ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD, Código: PS-FO-153, Versión: 03

| | |
|---|---|
|  <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada MinEducación</p> | <p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-153 Versión: 03</p> |
|---|---|

Yo / Nosotros, obrando en calidad de representantes legales del (la) menor, _____, identificado (a) con la T.I. No. _____, y en conjunto con él (ella), manifestamos que hemos sido informados sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un psicólogo en formación de pregrado o de posgrado (según corresponda), que se encuentra bajo la supervisión de un docente profesional del área de psicología, quien es el encargado de guiar el proceso de acompañamiento. Esto quiere decir, que el alcance de la atención es netamente académico y por tanto no influye de manera definitiva en decisiones ni constituye una prueba en procesos legales que se estén llevando ante autoridades administrativas y judiciales.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí (nuestro) representado o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí (nosotros), que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar el estado psicológico actual de nuestro representado, para que posteriormente recibamos un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que se encuentra, y se nos dé información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendemos que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro del bienestar de nuestro representado, evitando de esta manera causarle un daño físico o moral. Sabemos que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiremos información que nos permitirá tomar la decisión que a nuestro criterio parezca más conveniente.

También estamos enterados que el (la) psicólogo(a) en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando nuestro representado en calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- d. Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- e. Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizamos de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología.

| | |
|---|--|
|  | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-153 Versión: 03 |
|---|--|

También, **DECLARO** que se me informó que la IPS al ser de objeto social diferente, se rige bajo una normativa legal amparada en los lineamientos de la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social que señala: *“Dichas entidades son aquellas en las que los servicios de salud son prestados por entidades cuyo objeto social no es la prestación de servicios de salud y que por requerimientos propios de la actividad que realizan, brindan servicios de baja y mediana complejidad de los grupos de consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y servicio de transporte asistencial de pacientes, atención pre hospitalaria y cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas. No incluye la prestación del servicio de urgencias, servicio para la atención del parto y lo servicios del grupo de internación.*

Dada la autorización, comprendemos y hemos sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, podemos ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos_personales_bga@upb.edu.co. Finalmente, el menor manifiesta que conoce y ha comprendido las autorizaciones y compromisos que en su nombre asume(n) su(s) representante(s), que está de acuerdo con ello y que en señal de eso suscribe el presente documento brindando también su consentimiento informado.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: _____ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apego a ella.


Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.


Firman, Fecha _____


| | |
|--|----------------|
| Firma del Menor: _____ | D.I. No. _____ |
| Nombre del Menor: _____ | C.C. No. _____ |
| Firma del Representante del Menor: _____ | C.C. No. _____ |
| Nombre Representante del Menor: _____ | C.C. No. _____ |
| Firma Psicólogo (a) en formación: _____ | C.C. No. _____ |
| Nombre Psicólogo (a) en formación: _____ | C.C. No. _____ |
| Firma Psicólogo (a) Asesor (a): _____ | C.C. No. _____ |
| Nombre Psicólogo (a) Asesor (a): _____ | No. T.P. _____ |

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magister en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.

Anexo 2: HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS / NIÑAS Y ADOLESCENTES, Código: PS-FO-080, Versión: 06

|  | | HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS / NIÑAS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 06 | | | |
|---|------------------------------------|---|---|--------------------------------------|------------------------|
| Fecha de recepción | Día | Mes | Año | No. de historia | |
| 1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO | | | | | |
| Nombres y apellidos | | | Edad | Género | Documento de identidad |
| Lugar y fecha de nacimiento | | | Dirección de residencia | | |
| Estrato | No. Teléfono residencia | No. Teléfono celular | | | |
| Nivel de escolaridad | Nombre de la Institución Educativa | | Profesión / Ocupación | | |
| Remitido por | Entidad (EPS) | | | | |
| 2. DATOS DEL ACUDIENTE | | | | | |
| Nombre y apellidos | | | Parentesco | Edad | Documento de identidad |
| Dirección residencia | | | No. Teléfono residencia | No. Teléfono celular | |
| 3. DATOS PARA SNIES | | | | | |
| 3.1 CICLO VITAL | | 4 - Grupos Étnicos | 3 - Vulnerabilidad Social - Riesgo o Abandono | | |
| 1 - Primera Infancia (0-5) | | 5 - Campesinos | 4 - Vulnerabilidad Social - Habitante de Calle | | |
| 2 - Niñez (6-11 años) | | 6 - Mujeres | 5 - Vulnerabilidad Social - Mujeres Cabeza de Familia | | |
| 3 - Jóvenes (12-26 años) | | 7 - Empleados | 6 - Vulnerabilidad Social - Otro | | |
| 4 - Adultos (26-60 años) | | 8 - Comunidades | 7 - Vulnerabilidad Económica - Desempleo | | |
| 5 - Adultos mayores (mayor 60 años) | | 9 - Empresas, Mypimes | 8 - Vulnerabilidad Económica - Explotación Laboral | | |
| 6 - Todas las anteriores | | 10 - Entidades Gubernamentales | 9 - Vulnerabilidad Económica - Tráfico de Personas | | |
| 3.2 POBLACIÓN GRUPO | | 11. Otra | 10 - Vulnerabilidad Económica - Prostitución | | |
| 1 - Familia | | 3.3 CONDICIÓN POR POBLACIÓN | | 11 - Vulnerabilidad Económica - Otro | |
| 2. Géneros | | 1 - Vulnerabilidad Social - Violencia Intrafamiliar | 12 - Reclusión | | |
| 3. Profesionales | | 2 - Vulnerabilidad Social - Violencia Sexual | 13 - Consumo de Sustancias | | |

| | | | | | |
|---|---|---|-------------------------|--|--|
|  | | HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS / NIÑAS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 06 | | | |
| 14 - Necesidades Educativas - Especiales Personas en Condición de Discapacidad | 18 - Afectados por la Violencia - Reincorporación | 22 - Grupos Étnicos - Indígenas | | | |
| 15 - Necesidades Educativas Especiales - Personas con Talentos Excepcionales | 19 - Afectados por la Violencia - Desmovilización | 23 - Grupos Étnicos - Afrocolombianos | | | |
| 16 - Habitantes de Frontera | 20 - Afectados por la Violencia - Victimas de Minas Antipersonal | 24 – Grupos Étnicos – Rom o Gitanos | | | |
| 17- Afectados por la Violencia - Desplazamiento | 21 - Afectados por la Violencia - Secuestro | 25 Otra | | | |
| 4. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO | | | | | |
| 4.1 Motivo de consulta | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 4.2 categoría de la problemática identificada | | | | | |
| Individual personal(cognitivo- afectivo) | Académica (relaciones conflictivas colegio) | Académica (de aprendizaje) | Relaciones de pareja | | |
| Relaciones familiares | Comunitario | Campo laboral | Relaciones Social | | |
| Otra. ¿Cuál? | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 4.3 Historial de la situación | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|---|--|
|  <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECRETARÍA MEDICINA FACULTAD DE PSICología</small></p> | <p>HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS / NIÑAS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 06</p> |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 4.4 Intentos previos para solucionarlo | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 4.5 Percepción de la situación desde el adulto (Encargado / Cuidador) | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 4.6 Percepción de la situación desde el / la menor | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |


HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS / NIÑAS Y ADOLESCENTES
Código: PS-FO-080

Versión: 06


4.7 Redes de apoyo del / la menor

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |


5. ASPECTOS FAMILIARES
5.1 Familiograma

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| Nombres y apellidos | Parentesco | Edad | Ocupación | Escolaridad | Relación del menor con esta persona |
|---------------------|------------|------|-----------|-------------|-------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|--|--|
|  <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECTORAL MEDICINA Y ODONTOLÓGIA</small></p> | <p>HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS / NIÑAS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 06</p> |
| 5.2 Observaciones generales del ambiente familiar | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 6. HISTORIAL DE DESARROLLO | |
| 6.1 PRENATAL | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 6.2 PERINATAL | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|---|---|
|  <p>Universidad Pontificia Bolivariana VICERRECTORÍA MEDICINA FACULTAD DE PSICOLOGÍA</p> | <p align="center">HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS / NIÑAS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 06</p> |
| | |
| | |
| 6.3 POSNATAL | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 7. DESARROLLO PSICOMOTOR | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 8. DESARROLLO DEL LENGUAJE | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 9. ESCOLARIDAD | |
| ¿A qué edad ingresó el menor a una Institución educativa? : | |
| ¿Hubo alguna complicación en el proceso de adaptación del menor cuando ingreso a la Institución Educativa por primera vez? | |
| Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ | |
| ¿Cómo ha sido el rendimiento académico del menor? | |


| | |
|---|--|
|  | <p style="text-align: center;">HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS / NIÑAS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 06</p> |
|---|--|

| | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| Ψ Bueno <input type="checkbox"/> | Ψ Regular <input type="checkbox"/> | Ψ Deficiente <input type="checkbox"/> |
| ¿El menor ha reprobado cursos o grados escolares? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ | | |
| ¿Qué materias requerían un mayor esfuerzo por parte del menor para ser aprobadas? | | |
| ¿Cómo es la relación del menor con sus maestros? Ψ Excelente. <input type="checkbox"/> Ψ Mala. <input type="checkbox"/> Ψ Buena. <input type="checkbox"/> Ψ Muy mala. <input type="checkbox"/> Ψ Regular. <input type="checkbox"/> | | |
| ¿Cómo es la relación del menor con sus compañeros? Ψ Excelente. <input type="checkbox"/> Ψ Mala. <input type="checkbox"/> Ψ Buena. <input type="checkbox"/> Ψ Muy mala. <input type="checkbox"/> Ψ Regular. <input type="checkbox"/> | | |
| ¿El menor ha sido cambiado de Colegio? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces? _____ ¿Porque razón? _____ | | |
| A parte de la actividad académica o escolar, ¿el usuario asiste a algún grupo de actividades extracurriculares tales como danzas, futbol, entre otros? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál o cuáles? _____ | | |

10. ANTECEDENTES MÉDICOS

| |
|--|
| Antecedentes médicos menor de edad (físicos y mentales) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| Antecedentes médicos de los familiares cercanos al menor (físicos y mentales) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|--|---|
|  Universidad Pontificia Bolivariana <small>VICERRECTORÍA MEDICINA</small> | HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS / NIÑAS Y ADOLESCENTES |
| | Código: PS-FO-080 |
| | Versión: 06 |

| | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|
| 11. CONDUCTAS DE RIESGO | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|


| Conducta | Edad de inicio | Dificultades presentadas a causa de esta situación | | | Alternativas para manejar la problemática |
|-----------------------------|----------------|--|-------------------|--|---|
| Actividad Sexual | | | | | |
| Uso de Alcohol | Edad de Inicio | Frecuencia de uso | Tipo de sustancia | Dificultades presentadas a causa de esta situación | Alternativas para manejar la problemática |
| | | | | | |
| Uso de Drogas | | | | | |
| Otras Situaciones de riesgo | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 12. OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental) | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 13. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM 5) | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| |
|--|
| |
| |
| |

| | |
|---|---|
|  <p style="font-size: small;"> Universidad Pontificia Bolivariana <small>REGISTRADA EN EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN</small> </p> | <p>HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS / NIÑAS Y ADOLESCENTES</p> <p>Código: PS-FO-080</p> <p>Versión: 06</p> |
| Empty space for clinical history | |
| <p>14. PLAN DE INTERVENCIÓN</p> | |
| Empty space for intervention plan | |
| <p>Historia Clínica elaborada por:</p> <p>_____</p> <p>Nombre del estudiante ID o TP:</p> | <p>Historia Clínica revisada y aprobada por:</p> <p>_____</p> <p>Docente supervisor del estudiante TP:</p> |

