



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA**

**INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA EN UN CASO DE
TRASTORNO DEPRESIVO**

MARLON ALFREDO CASTRO PAMPLONA

**BUCARAMANGA
2015**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA**

**INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA EN UN CASO DE
TRASTORNO DEPRESIVO**

**TRABAJO DE GRADO EN LA MODALIDAD MONOGRAFIA COMO
REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA
CLINICA**

MARLON ALFREDO CASTRO PAMPLONA

Asesor

Ps. Mg. Sandra Milena Fontecha Pabón

**BUCARAMANGA
2015**

AGRADECIMIENTOS

A Dios, sentido de mi existencia y razón fundamental de mis opciones.

A mi Madre y toda mi Familia, que me han permitido dar sentido y significado a mi historia y a mi vida.

A la Universidad Pontificia Bolivariana, que me han permitido crecer en todos los aspectos.

A cada una de las personas a la docente Sandra Milena Fontecha, por acompañar desde la amistad y el profesionalismo en este camino.

A La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) de Floridablanca por haberme permitido llegar hasta su espacio y encontrar la posibilidad de crear lazos de convivencia entre las personas, a todos Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	7
Referente conceptual.....	9
Formulación del caso.....	18
Información general del caso	18
Genograma.....	20
Análisis descriptivo.....	22
Análisis explicativo.....	24
Proceso de evaluación e intervención.....	25
Resultados.....	32
Discusión.....	33
Referencias.....	37
Anexos	

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Intervención desde la perspectiva sistémica en un caso de trastorno depresivo.

AUTOR(ES): Marlon Alfredo Castro Pamplona

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Sandra Milena Fontecha Pabón

RESUMEN

El estudio de caso muestra el trabajo realizado durante la práctica de especialización en psicología clínica en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), cuyo objetivo principal fue realizar el proceso de intervención desde el enfoque sistémico. Se atendió una persona víctima de desplazamiento forzado con diagnóstico de depresión, se realizaron sesiones individuales y familiares, donde se logró resignificación de los eventos de violencia y otras situaciones dolorosas de la historia de vida, visualizar los recursos, habilidades y aprendizajes del consultante como un camino hacia la valoración personal y generar espacios de conversación donde los integrantes del sistema familiar expresaran sentimientos y emociones alrededor de los distintos problemas que han vivido, lo cual tuvo un efecto favorable en las relaciones padre-hijos. Las estrategias y técnicas útiles para este proceso fueron la connotación positiva, el interrogatorio circular y el uso de tareas terapéuticas.

PALABRAS CLAVES:

Terapia familiar sistémica, depresión, víctima, desplazamiento, conflicto armado.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: A statement from family therapy in a case of depression unspecified

AUTHOR(S): Marlon Alfredo Castro Pamplona

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Sandra Milena Fontecha Pabón

ABSTRACT

The case study shows the work done during practice specialization in clinical psychology at the Unit for Attention and Reparation for Victims (UARIV), whose main objective was to make the process of intervention from the systems approach. A person subjected to forced displacement diagnosed with depression responded, individual and family sessions, where new meaning to the events of violence and other painful situations in the history of life was achieved were made, view the resources, skills and learning the consultant as a path to personal and create opportunities for conversation where members of the family system to express feelings and emotions about the various problems that have lived assessment, which had a favorable effect on parent-child relationships. The strategies and techniques useful for this process were positive connotation, circular questioning and the use of therapeutic tasks.

KEYWORDS:

Systemic family therapy, depression, victim, displacement, armed conflict.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCION

La especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga busca a través de la práctica clínica que los profesionales adquieran y desarrollen habilidades de evaluación e intervención, a través de atención de casos en escenarios reales. Esta práctica fue realizada en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) ubicada en el municipio de Floridablanca.

La historia de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas se remonta al 10 de junio de 2011 cuando fue aprobada la ley de víctimas 1448, reestructurando a la anterior Acción Social que a su vez reestructuró la antigua Red de Solidaridad. La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas tiene como misión liderar acciones del Estado y la sociedad para atender y reparar integralmente a las víctimas, para contribuir a la inclusión social y la paz. Dentro de los principales objetivos están brindar una respuesta integral a las víctimas para que sean y se sientan reparadas, fortalecer la capacidad del Estado para dar respuesta a las emergencias humanitarias y evitar nuevas violaciones a los Derechos Humanos, visibilizar a las víctimas y garantizar su participación efectiva así como implementar mecanismos de atención, asistencia y reparación integral eficientes y eficaces para las víctimas.

El ejercicio de práctica realizado en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, permitió el abordaje de 17 casos de individuos y familias que han vivido experiencias de violencia en el marco del conflicto interno armado colombiano, y en particular comparten la situación de desplazamiento forzado. La práctica clínica permitió realizar una comprensión relacional de las situaciones problemáticas que emergen en las personas objeto de la atención psicológica, las cuáles en diversas ocasiones eran fenómenos que venían dándose en la vida de las personas y que al darse el desplazamiento forzado o al exponerse a un evento de violencia socio-política se hacen más evidentes y terminan configurándose como una problema. En otros casos, los problemas surgen posterior al

desplazamiento forzado debido a los cambios y transformaciones que conlleva este evento en distintos niveles de realidad de las personas.

Para efectos de este escrito, se presentará el caso de describirá la intervención realizada con el señor Pedro y su familia, con quienes fue posible realizar un proceso de 8 sesiones individuales y 4 familiares. Atendiendo a los requerimientos éticos sobre la responsabilidad, la confidencialidad y el bienestar del usuario los nombres de las personas fueron cambiados para proteger su identidad según las disposiciones de la ley 1090 de 2006 artículo 2 de los principios generales.

REFERENTE CONCEPTUAL

Para la comprensión de este estudio de caso se hace necesario realizar un recorrido breve por las afectaciones que conlleva para la población civil haber sido expuesta a experiencias de violencia sociopolítica, para el caso particular, haber sido objeto de desplazamiento forzado describiendo de qué manera se impacta no sólo la salud física sino también mental, y cómo estas experiencias propias de un contexto de violencia disparan o agudizan problemáticas que venían gestándose en la historia personal y familiar de los individuos o familias, es así como un trastorno depresivo no se explica solamente por la exposición a un evento de violencia sino que existen situaciones del pasado de la persona, de la dinámica de la familia de origen y de la forma de enfrentar la vida que pueden llevar a desarrollar este trastorno. Así mismo se propone la terapia sistémica como un camino de intervención donde el síntoma o problema se comprende en un contexto relacional y se trabaja no sólo con el individuo sino también con la relación con otros contextos.

El conflicto armado interno ha dejado a Colombia con una de las mayores poblaciones desplazadas del mundo, entre 1985 y 2004, más de 3.400.000 personas dejaron sus hogares, principalmente población rural (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, y Programa de Emergencias y Desastres, 2005), estas cifras sin embargo pudieran ser más altas debido a que muchos desplazados no buscan ayuda según González (2002) y no figuran en los registros (Falla, Chávez, & Molano, 2005).

Las consecuencias del desplazamiento forzado para las familias se dan en términos de pérdidas en bienes materiales en tanto deben abandonar activos físicos como son la tierra, en

muchos casos no poseen títulos de propiedad, así mismo pierden las inversiones en capital humano puesto que las personas poseen habilidades para labores del sector rural más no urbano y finalmente enfrentan la experiencia del estrés postraumático (Ibáñez y Vélez, 2003 citados por Ibáñez, 2004). Según Bello (2004) las consecuencias del desplazamiento “no son sólo demográficas, económicas o políticas sino que, debido a una serie de eventos violentos que existen antes, durante y después del desplazamiento, las personas son afectadas en su dignidad, su identidad y, por lo tanto, en su bienestar emocional”.

La violencia expresada en terrorismo tiene “un efecto traumático en las víctimas, trayendo consigo la idea de desprotección, destierro y un exilio físico y psicológico, que aumenta acorde a las necesidades propias de los nuevos lugares de reasentamiento” (Miller, 1996 citado por Andrade y cols, 2012). La secuelas de índole psicológico que trae el conflicto armado afectan la salud mental y se pueden volver dolorosas en contextos hostiles, donde existen carencias frente al apoyo social y laboral, en especial en aquellas comunidades que se muestran excluyentes con las personas en situación de desplazamiento (Andrade y cols, 2012). Estos factores se vuelven comorbiles a nivel de algunas patologías como el estrés postraumático (Palacio, Abello, Madariaga y Sabatier, 1999 citados por Andrade y cols, 2012), el trastorno afectivo bipolar (Andrade y Valencia, 2010; Andrade, 2011) y la depresión (Andrea y cols, 2012). Estos trastornos refieren Andrea y cols (2012) que tienen connotaciones psicopatológicas relevantes, puesto que, los sucesos vitales estresantes generados por la guerra, incrementan la vulnerabilidad psicológica de las personas, que se evidencia por la presencia de pensamientos negativos, culpabilidad, minusvalía, indefensión y desesperanza.

De otra parte, es importante mencionar que el desplazamiento forzado tiene efectos diferenciales según el género, la etapa del ciclo de vida, la región de la cual se procede, la etnia (Tovar y Pavajeau, 2010), para el caso de los hombres, la afectación en el área económica juega un papel importante, tal como lo señala Tovar y Pavajeau (2010) “los rigores de la supervivencia económica llevan a la modificación de los roles de la tradicional división sexual del trabajo, así como de la dinámica familiar misma”, en otras palabras urgen cambios y transformaciones que alteran los límites entre lo masculino y lo femenino.

Algunos estudios han evidenciado que los hombres que han vivido el desplazamiento suelen tener dificultad para adaptarse a la dinámica de las ciudades, así mismo la vinculación laboral exige habilidades que no se relacionan con sus actividades rurales, viéndose afectados su rol como proveedor y protector (Sacipa, 2003) Esta misma autora señala que estos eventos “produce en los hombres frustración, sensación de impotencia y disminución de su propia estima” (Sacipa, 2003).

Estudios realizados sobre los efectos del desplazamiento en los hombres muestran que por su carácter de emergencia y crisis, se genera una reestructuración de aspectos de la cultura asociados al género como las costumbres, las normas, la autoridad, la paternidad, la conyugalidad, la toma de decisiones y la administración de recursos (Tovar y Pavajeau, 2010). Estas mismas autores señalan que estas movilizaciones están inmersas en la manera como cada hombre se ve a sí mismo, en sus creencias sobre sí mismo y otros hombres y sus vivencias en relación a su subjetividad (Tovar y Pavajeau, 2010).

Desde la Ley 1448 de 2011 se ha incorporado el término “discapacidad mental” para referirse a las personas víctimas cuyas funciones o estructuras mentales o psicosociales son diferentes, así mismo expresa que “son personas que presentan una diversidad física, sensorial, intelectual, mental o múltiple, que al interactuar en la sociedad encuentran barreras u obstáculos que los excluyen del ejercicio de sus derechos; entiéndase que la discapacidad no es una tragedia, una enfermedad o una razón para discriminar”.

También aclara la Ley 1448 de 2011 que la sola condición mental no hace que una persona tenga una discapacidad, sino que se requiere consultar las especiales situaciones que tiene en la interacción con los demás, con la sociedad, con su entorno para definirla. Este tipo de discapacidad no compromete el proceso de aprendizaje, en cual en muchos de los casos permanece intacto y por ello la discapacidad mental no es asimilable a la intelectual. Este tipo de discapacidad hace referencia a personas con depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, entre otras (Ley 1448 2011).

Desde otras perspectivas la depresión, no sería vista como una discapacidad, si no como un trastorno que debe ser entendido desde una perspectiva de la complejidad más que desde la monocausalidad (Hornstein, 2006 citado por Bogaert, 2012), esto implica comprender que es un trastorno complejo y en ese sentido “las terapias tradicionales no suelen ser suficientes si en el contexto familiar y social no existen soportes ambientales de apoyo” (Bogaert, 2012). La depresión está considerada dentro del grupo de los trastornos afectivos o del estado del ánimo, sin embargo también se ha asumido que la depresión o tristeza es una respuesta normal frente a eventos desdichados, que por lo general se manifiesta con más intensidad en personas reflexivas o quizás más sensibles (Soriano, 2009). Este mismo autor afirma que

hasta el momento no hay un acuerdo en los límites entre depresión y fluctuación normal del estado de ánimo (Soriano, 2012). En este sentido, la manifestación del estado de ánimo tristeza o depresión de una persona expuesta a un evento de violencia socio-política, puede asumirse como la respuesta normal ante situaciones dolorosas y terroríficas.

La perspectiva relacional se ha focalizado en “la comprensión del fenómeno depresivo en su interacción con el ambiente o, como mucho, en la elaboración de hipótesis etiológicas limitadas a la relación de pareja” (Soriano, 2009). Así mismo, Soriano (2009) afirma que existe una evidente relación entre los trastornos depresivos y los conflictos en la relación de pareja, reconociéndose que si bien las relaciones significativas inciden sobre la depresión, también esta afecta las relaciones con figuras significativas. Al respecto Henderson (1974 citado por Soriano, 2009) define que la conducta provocadora de cuidados de la persona depresiva como un conjunto de acciones que esta desarrolla para generar respuestas en su entorno cercano orientadas al consuelo o reafirmación.

Esta mirada sobre la depresión concuerda con la Teoría de la Comunicación (Watzlawick y Haley, 1967 citados por Hernández, 2004) que asume los síntomas como mensajes que comunican de manera ambigua con palabras o acciones, el malestar que vive el individuo en una dinámica relacional insostenible; estos comportamientos pueden ser adaptativos en la medida que cumplen una función protectora, al reemplazar acciones necesarias que el individuo debería llevar a cabo pero que resultan amenazantes para él , en el marco de un sistema de creencias propias de su contexto familiar y social.

Teniendo en cuenta lo anterior, una persona puede desarrollar un trastorno depresivo como una forma de expresar el cansancio, el malestar que le produce asumir responsabilidades para las cuales no se siente preparado, pero que dado su lugar en la familia, por ejemplo hermano mayor, no tiene más remedio que asumirlas. Esta situación le lleva a cargarse de responsabilidades que en el tiempo configuran la aparición de trastorno como una posible salida de esta situación, sin llegar a ser cuestionado por su medio familiar o social.

Linares y Campo (2007) sugieren que la nutrición emocional en la relación padres-hijos suele ser un evento comunicacional complejo en el cual intervienen varios componentes, los cuales si no son atendidos adecuadamente ponen en riesgo la integridad de las personas. En este sentido, la vida relacional de un hijo se nutre por el reconocimiento, la valoración, el afecto y una adecuada socialización, aspectos que se dan en los niveles de la cognición, la emoción y la conducta, y permiten que ese hijo llegue a sentirse amado (Linares y Campo, 2007). En ese camino de lograr la valoración de sus padres, el hijo se somete a altos niveles de exigencia, la cual no es explícita, sino que se asume como algo que viene instaurado en el orden natural, y en ese sentido ningún esfuerzo alcanza a satisfacer las expectativas de los padres.

Linares y Campo (2007) señalan también que el rol del hijo exigido y parentalizado puede estar dado por diversas razones como el ciclo vital de los padres, el género, el momento del nacimiento del hijo en momentos de crisis de los padres que a futuro conlleva que sea este quien asuma la responsabilidad del cuidado de los demás hermanos. Así mismo, afirman estos autores que los hermanos asumen como natural la asignación de roles que hacen los

padres, aunque esta pueda resultar injusta. Esta dinámica relacional se enmarca en el plano cognitivo en “lo que está bien” o “lo que debe ser” en función de un contexto social, cultural o religioso que demanda una determinada apariencia (Linares y Campo, 2007)

Linares y Campo (2007) también señalan que en el nivel pragmático se puede evidenciar rituales de obligado cumplimiento, que suelen ser arbitrarios y rígidos, dando una apariencia de corrección y cordialidad que no permite vislumbrar el clima emocional de frialdad que subyace a las relaciones familiares, por lo general el paciente depresivo suele reproducir en las relaciones con sus hijos una distancia afectiva que se mueve en el marco del deber y el placer, es decir, los cuida, se preocupa por ellos se esmera pero al mismo tiempo se siente obligado a hacer lo correcto, viviéndolo como una obligación, una esclavitud. En el marco de la pareja, el depresivo muestra una relación cohesionada, de vínculos estrechamente complementarios, donde los hijos están a considerable distancia sin permitir que alguno esté desconectado o distante (Linares y Campo, 2007).

Este panorama relacional surge tras una historia con la familia de origen caracterizada por el déficit de nutrición emocional que configura una identidad alrededor del fracaso, la insuficiencia, la culpa, el rencor, desesperanza, injusticia e inferioridad, que pueden verse reafirmarse ante eventos no normativos de la vida como el desplazamiento forzado. En el plano emocional, señala Linares y Campo (2007) surge la tristeza, la culpa, el rencor, la hostilidad y en lo pragmático la hipersociabilidad, la responsabilidad pero también la pereza, la desmotivación y el bloqueo.

Se ha evidenciado también que el paciente depresivo posee “una imperiosa necesidad de ser y hacer lo que otros significativos esperan que sea y haga” (Linares y Campo, 2007) en ese sentido espera ser valorado por figuras de autoridad y prestigio como padres, abuelos, jefes, vecinos y amigos, cumpliendo al máximo con las expectativas de estos mostrándose como buen hijo, hermano, empleado, vecino solidario y mable, entre otros. En este camino, señala Linares y Campo (2007) el depresivo no solo se siente agobiado por sus síntomas, la tristeza, la inhibición y sus tendencias suicidas sino también por el peso intolerante de una hipersociabilidad que conlleva la frustración y al fracaso.

El proceso terapéutico con la persona depresiva implica sesiones individuales, de pareja y con la familia, algunos autores sugieren que en las primeras sesiones se explore la o las definiciones del problema dadas por el paciente índice, la pareja y las figuras significativas así como identificar las soluciones intentadas; en las sesiones intermedias se recomienda explorar e intervenir sobre los patrones relacionales que tiene que ver con el mantenimiento del problema, así como la búsqueda de formas más deseables y funcionales para relacionarse, y sobre las sesiones finales orientar la intervención a la prevención de recaídas y revisar el proceso realizado (Feixas, Muñoz, Dada, Compañ y Arroyo, 2009).

En este mismo sentido Linares y Campo (2007) plantean que la intervención debe orientarse en primera instancia a lograr la colaboración del paciente índice, donde se sienta escuchado, respetado y parte activa de una dinámica relacional, para esto es importante presentar las primeras sesiones, encuadrándolas en una fase de evaluación que permita explorar y conocer la dinámica de la pareja y de la familia. Se hace importante el trabajo individual orientado a la autoestima y el manejo de emociones conectándoles con

pensamientos y acciones, esto implica ponerle nombre a las emociones, facilitando que la persona pueda identificar aquello que le genera placer a través de registros o prescripciones de tareas (Linares y Campo, 2007).

En relación con la familia de origen es importante convocarles, al no ser posible traerles de manera física, se pueden traer sus voces a terapia, el objetivo es “la recontextualización de las experiencias reales de carencia y pérdida recibidas en la crianzas que favorecerá una comprensión más equilibrada de la situación personal y de las circunstancias que cada progenitor tuvo que manejar en el pasado” (Linares y Campo, 2007). Finalmente señalan la necesidad de trabajar sobre las recaídas mostrando cómo inhibirse favorece el círculo vicioso para la depresión, por lo tanto es importante mostrarle cómo los pensamientos negativos y una visión sesgada de la realidad se mantienen en la medida que se disminuyan los estímulos que son placenteros y saludables (Linares y Campos, 2007).

La intervención terapéutica de una persona con depresión es una tarea laboriosa, que exige no sólo un trabajo a nivel individual sino también vincular otros contextos significativos como es la pareja, los hijos y la familia de origen; sin embargo no se debe olvidar contextos más amplios, como el socio-político, donde las personas que han sido expuestas a eventos de violencia armada, pueden agudizar los síntomas que venían gestándose producto de una dinámica relacional en la familia de origen, como es el caso que se muestra en este escrito.

FORMULACIÓN DEL CASO CLINICO

Información general del caso

Con el propósito de mantener en reserva la identidad del consultante y su familia, los nombres y algunos datos de identificación han sido cambiados, así mismo antes de iniciar el proceso de intervención el consultante fue debidamente informado sobre las condiciones del mismo y se le explicó el formato de consentimiento informado (ver anexo No. 1), el cual fue aceptado y firmado por él.

El paciente índice es el señor Pedro Páez de 58 años de edad, oriundo de la ciudad de Tunja (Boyacá), actualmente reside en vivienda propia, en un barrio de estrato 2 del área metropolitana de Bucaramanga, se dedica a las artesanías, está casado y tiene tres hijos. Se encuentra en el registro único de víctimas del conflicto armado dado que vivió desplazamiento forzado por parte de actores armados.

El paciente índice llega a la Unidad de Víctimas ubicado en el barrio Villabel con la intención de indagar sobre los auxilios para las personas que han vivido desplazamiento forzado, allí es informado sobre los diversos servicios a los cuales puede acceder, y por decisión personal busca la atención en psicología. En el servicio de psicología, al ingresar al consultorio, lo hace por sus propios medios, su presentación personal se caracteriza por el cuidado y limpieza en su vestuario. Se realiza examen mental evidenciando coherencia con la ubicación espacial y temporal; presenta buena actitud y disposición para iniciar proceso en

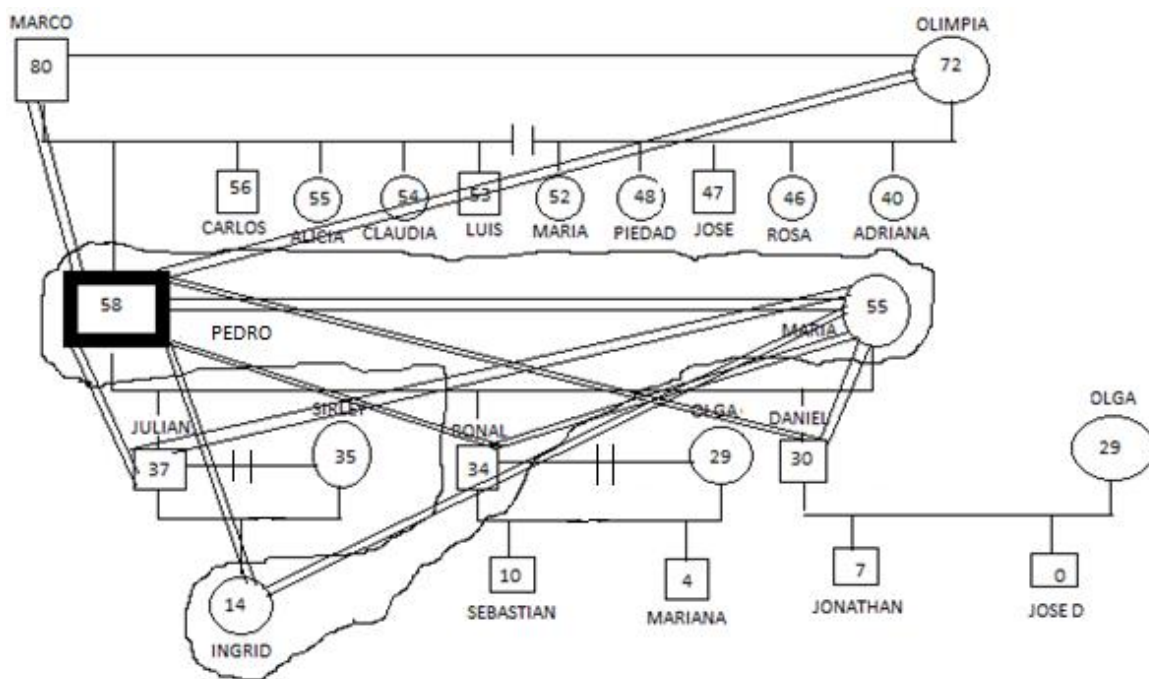
psicología. El consultante manifiesta que últimamente ha pasado por diferentes situaciones que lo desestabilizan un poco y quiere disminuir la frecuencia con que se presenta la crisis, además, manifiesta interés por su profesión de artesano y planea proyectos a corto, mediano y largo plazo.

En relación con su historia con la familia de origen refiere haber vivido junto sus nueve hermanos en Tunja una niñez muy difícil, debido al abandono de su padre, dejando la responsabilidad de la crianza en la madre y él, quién es el hermano mayor. Tiempo después la madre también les abandona, haciéndose él responsable de la crianza y manutención de los hermanos. Esto le implicó trabajar desde temprana edad y asumir roles y funciones propias de la vida adulta, cuando él aún era un adolescente.

Posteriormente establece una relación de pareja, siendo padre de su primer hijo hacia los 17 años aproximadamente, lo que le implicó responsabilidades nuevas como esposo y padre cuando aún seguía haciéndose cargo de sus hermanos. Durante este tiempo empezó a consumir alcohol y tuvo un primer intento de suicidio a sus 18 años de edad. Después de un tiempo se trasladó a la ciudad de Barrancabermeja por cuestiones laborales, allí tuvo dos hijos más y una vida económicamente estable, sin embargo por problemas de seguridad y amenazas que atentaban contra su vida y el reclutamiento ilegal de sus hijos se vio en la obligación de desplazarse a la ciudad de Floridablanca perdiendo su empleo, lo que conlleva a una crisis económica, surgiendo de nuevo problemas de salud física y mental que desembocan en un segundo intento de suicidio a los 47 años de edad.

En el año 2013 a los 55 años después de un período de tiempo de experimentar sentimientos de culpa por diversas razones y estando bajo los efectos del alcohol lleva a cabo el tercer intento de suicidio. Actualmente, manifiesta estar en tratamiento psiquiátrico y psicológico con controles cada mes, lo que manifiesta ha sido útil para manejar la depresión, así mismo como motivo de consulta refiere “Estoy a veces irritado” y como expectativa frente al proceso manifiesta que desea minimizar las crisis depresivas.

Genograma Familiar



Nombre	Edad	Parentesco	Nivel de escolaridad	Ocupación
Pedro Páez	58	Padre	Octavo grado	Artesano
María Rojas	55	Madre	Sexto grado	Modista
Julián Páez	37	Hijo	Bachiller	Militar
Ronald Páez	35	Hijo	Bachiller	Mensajero

Daniel Páez	30	Hijo	Bachiller	Comerciante (policía retirado)
Ingrid Páez	14	Nieta	Noveno	Estudiante

Pedro y su esposa tienen una relación de 38 años de matrimonio, unión de la cual existen tres hijos, en orden de edades son: Julián 37 años, Ronal 35 años y Daniel 30 años. Los tres hijos han establecido relaciones de convivencia de los cuales los dos hijos mayores, según muestra el genograma se encuentran separados. El paciente índice actualmente se encuentra vinculado a una familia extensa, dado que no sólo conviven con su pareja y su segundo hijo sino también una nieta, hija de Julián. Esta familia se encuentra en el ciclo vital del nido vacío, sin embargo se evidencia que la pareja sigue cumpliendo con funciones de padres en la crianza de la nieta mayor y resolviendo problemáticas que corresponden a los hijos afrontar como adultos.

No se registran enfermedades físicas hereditarias a lo largo de la historia familiar, sin embargo Daniel el hijo menor fue diagnosticado con Diabetes hace dos años y en la actualidad también la madre. Pedro ha llevado a cabo tres intentos de suicidio a sus 18, 47 y 55 años de edad, de igual forma ha tenido problemas con el alcohol y actualmente con el cigarrillo.

Se identifica que a nivel de jerarquías en esta familia, el consultante y su esposa ocupan una posición de autoridad y participan estableciendo límites y normas con su nieta, en relación con sus hijos son figuras que brindan apoyo económico y resuelven diversas

situaciones de los hijos, lo cual limita la posibilidad que sus hijos se muestren autónomos en algunas situaciones.

Las alianzas que se evidencian en esta familia, son la de Pedro y su esposa en cuanto a las decisiones que toman para atender las solicitudes de apoyo o ayuda de sus hijos. María suele aliarse con sus hijos y su nieta para hacer acuerdos sobre ciertos temas y posteriormente ella actúa como mediadora ante las peticiones de sus hijos y su nieta frente a su esposo.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA

Actualmente Pedro se encuentra asistiendo mensualmente a psiquiatría para monitorear su tratamiento farmacológico, y controles por psicología que se remiten a indagar por el consumo de los medicamentos y explicaciones sobre los efectos secundarios de la medicación.

Pedro desde la adolescencia edad tuvo a su cargo responsabilidades propias de la etapa adulta como fue el hacerse cargo de sus hermanos y posteriormente de su nueva familia, de esta manera debía cumplir con diversas demandas que le exigían su rol de esposo, padre, hermano, trabajador y líder, sin tener la posibilidad de expresar su sentir frente a los diversos deberes, lo cuales fueron de alguna manera impuestos cuando sus padres abandonaron el hogar. Como una manera de expresar su frustración, agotamiento y malestar empieza a consumir alcohol y como una salida ante una situación de la cual no podía escapar surge el intento de suicidio.

Durante su estadía en Barrancabermeja logró ser reconocido como líder sindical, era reconocido por su grupo de compañeros como un buen dirigente, ante su comunidad era señalado como una persona influyente por el progreso de su comunidad, sin embargo al ser desplazado por actores armados debe enfrentar diversas pérdidas como su empleo, lo construido en esa ciudad en términos de amigos, prestigio y reconocimiento. Así mismo, cuando fue diagnosticado con depresión, su capacidad de liderazgo se afecta y disminuye su interés por ayudar a los demás. A nivel familiar, se torna irritable y las vicisitudes de lo cotidiano, le perturban con facilidad reaccionando con agresiones verbales y descalificación hacia sus hijos, situación que ha llevado a un distanciamiento en la relación padre-hijos, generando sentimientos de culpa, pérdida de su credibilidad y su posicionamiento como buen padre y esposo.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE ACUERDO AL DSM V.

26.0 (F32.9) Trastorno de depresión mayor, no especificado [311]

Especificador de curso: **Episodio único**

Especificadores de gravedad: **Con características melancólicas**

Especificadores de remisión: **En remisión parcial**

Gravedad actual: **Leve**

ANÁLISIS EXPLICATIVO DEL PROBLEMA

La depresión vivida por Pedro, puede ser comprendida dentro de los planteamientos propuestos por Linares y Campo (2007) donde se identifica dentro de las pautas de relación de la familia de origen del paciente índice un ambiente de crianza caracterizado por dependencia en la pareja con matices de complementariedad rígida, donde la madre se encargaba de las labores del hogar y ocupaba una posición pasiva en tanto el padre, un militar, cumplía con su rol de proveedor y figura de autoridad, sin posibilidad que estos roles fueran a modificarse.

En la relación con sus padres, no logró recibir de estos la valoración necesaria para sentirse amado y aceptado, por lo tanto fueron figuras poco nutrientes en lo emocional que lo expresan de manera más abierta en el abandono a sus hijos. Obligado por esta situación debe hacerse cargo de sus hermanos, de quienes no recibe el amor y la valoración deseada pero a quienes no puede abandonar ni negarse a ayudarles puesto que es un deber, es lo que se espera que haga un hermano mayor.

En la búsqueda de satisfacer las necesidades de sentirse cuidado y apoyado, encuentra una pareja y luego están sus hijos, sin embargo al desarrollar un apego ambivalente paradójicamente esto le impide percibir y recibir el afecto. Así mismo, las altas demandas emocionales de su esposa y sus hijos generaron en Pedro conflictos internos, en la medida que debía cumplir con su deber como padre pero era incapaz de disfrutar del placer de serlo, como posibilidad de desahogo se manifestaban en variadas respuestas comportamentales, tales como alcoholismo, los intentos de suicidio y el distanciamiento emocional que

empeoran la sintomatología depresiva, configurando así un circuito de realimentación que desgasta emocionalmente su esposa y sus hijos. Las carencias emocionales de Pedro y las demandas sociales del rol de jefe de hogar, pareja, hermano, empleador y líder conllevan a que se desborden sus recursos emocionales, condenándolo a autodescalificarse y reafirmar su sentido de infravaloración, ante lo cual se afecta su identidad y se expresa en la manera de interrelacionarse con su medio familiar.

La identidad de Pedro caracterizada por una necesidad de valoración le ha llevado a mostrar una hipersociabilidad (impulso a complacer a los demás en la búsqueda de nutrición emocional), que se expresa en su disponibilidad absoluta a ayudar a sus amigos, vecinos, compañeros de trabajo, y en el plano familiar a sus hermanos y aún en la actualidad a sus hijos adultos, aunque ya están en capacidad de hacerse cargo de sí mismos, llegando al punto de asumir la crianza de sus nietos, situación que aunque le es displacentera lo hace por su creencia en el deber y su necesidad de sentirse valorado, aceptado y reconocido.

PROCESO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

En el caso de Pedro se realizaron un total de 12 sesiones, de las cuales 8 corresponden a sesiones individuales y 4 a sesiones familiares. Los objetivos terapéuticos se establecieron de acuerdo a las expectativas del paciente índice y su familia: a) Resignificar los eventos de abandono y violencia que ha vivido en relación con su familia de origen y el desplazamiento forzado. b) Generar espacios donde el consultante y su familia nombren y expresen sentimientos y emociones alrededor de los distintos problemas que han vivido. c) Agenciar su identidad como padre, esposo y líder evidenciando sus recursos, sus habilidades y

aprendizajes así como sus proyectos, sueños que tiene esta etapa de la vida en relación consigo mismo, su pareja y su familia.

Evaluación

El proceso de evaluación con Pedro en las primeras sesiones se enfocó definir el problema, explorar los recursos personales y familiares así como a lograr un compromiso frente al proceso. A continuación se describen los instrumentos empleados para la evaluación:

Observación: La observación, como primer elemento de toda investigación y primer punto de referencia en la evaluación psicológica, es la recogida de información que nos permite lanzar hipótesis y verificarlas. La observación pura es la que puede describir un hecho sin interpretarlo; la observación profesional es intencionada, voluntaria, estructurada y sistémica, que intenta describir, analizar, interpretar las interacciones, interrelaciones y comportamientos a todos los niveles Acevedo (2014). En la evaluación de un consultante es importante que “observe todos los aspectos de la presentación y comportamiento del paciente como apariencia, conciencia, actividad psicomotora y efecto, que se revelan en los primeros minutos de la entrevista.” “La observación sagas del paciente puede servir para comprenderlo mejor” (Othmer & Othmer, 2003, pp. 99-100).

Entrevista o Interrogatorio Circular: desde el enfoque sistémico tiene como objetivos principales “obtener información sobre el problema que motiva la conducta y lograr un cambio en el síntoma del paciente identificado y en ciertos aspectos del funcionamiento familiar que mantiene la conducta sintomática”. (Ochoa, 2004, p.29). En el enfoque sistémico

uno de los tipos de preguntas más utilizadas en las entrevistas son preguntas circulares, la cual no solo tiene el fin de ayudar a realizar un diagnóstico sino también son útiles terapéuticamente, como lo explica Ludewig (1998) “esta técnica de interrogatorio se orientó al comienzo por el diagnóstico y tenía que ayudar al terapeuta en el examen de sus hipótesis acerca de la organización familiar, Mas tarde, sin embargo, se reconoció que esa forma de preguntar y las respuestas correspondientes eran también terapéuticamente útiles”. (p.178).

Genograma: es una representación gráfica de una constelación familiar multigeneracional (por lo menos tres generaciones), que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida “gestal” de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo Goldrick y Gerson (2005).

Proceso de intervención

En el proceso de intervención se utilizaron las siguientes estrategias y técnicas:

Connotación Positiva: es la técnica que permite cambiar la perspectiva negativa del síntoma hacia una mirada positiva del mismo, de tal manera que se muestre que la conducta mantenedora del síntoma obedece a razones benévolas como por ejemplo mantener la

estabilidad familiar (Papp, 1992). Lo que se connota positivamente es la pauta homeostática y no las personas.

Preguntas circulares: son preguntas de carácter exploratorio y pretenden poner de manifiesto los patrones que conectan personas, objetos, acciones, percepciones, ideas, sentimientos, eventos, creencias, contextos, etc.

Preguntas reflexivas: estas preguntas según Tomm (citado por Beyebach y Rodríguez, 1988) “pretenden influenciar al cliente o familia de una manera indirecta o general, y se basan en presupuestos circulares acerca del proceso que tienen lugar en el sistema terapéutico”. El objetivo de estas preguntas es de carácter facilitador, donde se visualiza a la familia como personas con autonomía y por lo tanto el terapeuta actúa más como guía para promover que la familia encuentre sus propios recursos para resolver sus problemas (Tomm citado por Beyebach y Rodríguez, 1988)

Preguntas estratégicas: estas preguntas “tienden a tener un efecto limitador sobre la familia...el terapeuta intenta influenciar (de forma lineal) al cliente para que piense o haga lo que el terapeuta considera más sano o correcto” (Tomm citado por Beyebach y Rodríguez, 1988). Estas preguntas buscan limitar la posibilidad que la familia continúe reproduciendo el mismo camino problemático.

Coparticipación: es más una actitud que una técnica y constituye la cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones terapéuticas. Coparticipar es hacer saber a la familia y

sus miembros que el terapeuta los comprende, y trabaja con ellos y para ellos. Con esto, la familia puede sentirse segura para ensayar alternativas, intentar lo no habitual y cambiar. Esta participación es lo que mantiene unido el sistema terapéutico (Minuchin y Fishman, 2004).

Tareas Terapéuticas: su función se define de acuerdo a la escuela de terapia familiar desde la cual se formulan, sin embargo su objetivo es modificar la conducta del consultante y sus relaciones en su entorno cotidiano (Beyebach y Herrero, 2010). En el proceso de utilizaron las tareas denominadas “Cara o cruz”, “La pequeña felicidad” y “La caja de recursos”.

Descripción del proceso:

Para el logro del primer objetivo se realizaron sesiones individuales orientadas a resignificar los eventos de abandono y violencia que vivió el consultante, rescatando sus recursos, sus habilidades y destrezas. Durante las primeras sesiones se orientaron las conversaciones hacia la exploración y conocimiento de su historia de vida, identificando situaciones dolorosas como el abandono de sus padres, los eventos de suicidio, el desplazamiento forzado y las dificultades en la relación de sus hijos.

Se connotó positivamente el síntoma de la depresión mostrando cómo esta se convertía en una posibilidad de recibir el cuidado y apoyo de su familia, después que había sido él quien durante años había estado a cargo de estas funciones y siempre las había asumido sin expresar su cansancio y malestar. Esta nueva manera de ver la depresión le permitió sentirse más tranquilo y a la familia, mostrarle que Pedro necesitaba de su apoyo en estos momentos.

Así mismo, posibilitó conversar sobre la manera cómo Pedro y María apoyan a sus hijos ahora que son adultos, en tanto asumen responsabilidades que no les corresponden llegando a sentirse cansados y agobiados, para esto fueron útiles las preguntas circulares y reflexivas.

También en las sesiones individuales se trabajó sobre la depresión, conversando sobre cómo le había acompañado en su vida, los efectos que esta había traído a su familia, redes de amigos y espacios labores y a sí mismo. Se le planteó plasmar en una artesanía su vivencia de la depresión y traerla a una próxima sesión, ante lo cual la respuesta fue positiva permitiendo materializar la depresión así como los sentimientos y emociones asociados a esta (Ver anexo 2 y 3).

El segundo objetivo apuntaba a generar espacios donde el consultante y su familia nombren y expresen sentimientos y emociones alrededor de los distintos problemas que han vivido, para lo cual se llevaron a cabo las sesiones familiares y se emplearon las preguntas circulares, reflexivas y estratégicas, que permitieron que el padre conversara con sus hijos y se tocaran temas que nunca habían sido abordados como por ejemplo los intentos de suicidio del Pedro. Durante las sesiones, los hijos lograron reconocer en su padre los aspectos positivos de la relación y manifestarle como desean ser apoyados en esta etapa de su vida, lo que permitió clarificar que no buscan que sus padres les resuelvan sus problemas sino buscan más ser escuchados, recibir un consejo o una sugerencia.

Las sesiones familiares posibilitaron en Pedro ampliar su perspectiva frente a la relación con sus hijos, en tanto la percibía distante porque se sentía culpable de haber sido un padre exigente y rígido con poca disposición emocional, y al escuchar de sus hijos aquellos aspectos

que valoraban de su labor como padre y cómo esto les llevó a ser buenas personas, los sentimientos de culpa y de infravaloración fueron perdiendo fuerza.

El tercer objetivo que implicaba agenciar su identidad como padre, esposo y líder evidenciando sus recursos, sus habilidades y aprendizajes así como sus proyectos, sueños que tiene esta etapa de la vida en relación consigo mismo, su pareja y su familia, conllevó a identificar no sólo durante las primeras sesiones, sino a lo largo del proceso las estrategias que el consultante había implementado en relación con su problemática, lo que permitió evidenciarle su disposición hacia el aprendizaje desarrollando habilidades para las artesanías y creando su propio taller; de igual manera antes había mostrado su capacidad de liderazgo y ahora lo volvió a recuperar al ayudar a sus vecinos en trámites y requerimientos de programas de instituciones del estado. En casa disfruta de colaborar a su esposa en las labores de la modistería, a sus hijos los apoya económicamente aunque se está definiendo como les continuará apoyando de tal manera que les permita ser autónomos.

Para el logro de este objetivo no sólo se acudió a las preguntas circulares y reflexivas sino también fue útil proponer algunas tareas orientadas a identificar recursos y habilidades como padre, esposo, líder. Otra tarea tuvo el propósito de recoger sus sueños, metas y aspiraciones posibilitando que se proyectara hacia el futuro sin la depresión. También se conversó sobre las posibles recaídas mostrando en la conversación los recursos y herramientas que tiene para afrontarlas y la manera como la familia le puede apoyar en esos momentos.

RESULTADOS

El proceso terapéutico posibilitó que el consultante expresará sus sentimientos y emociones frente a las diversas situaciones demandantes que había tenido que asumir en su vida, logrando verbalizar su malestar y cansancio al tener que hacerse cargo de una serie de responsabilidades para las cuales no se sentía preparado y no logró tampoco abandonarlas producto de sus creencias frente al deber y lo socialmente correcto. Expresarse permitió validar su sentir y esto a su vez fue aliviador, y le permitió empezar a visualizar sus recursos, habilidades y reconocerse desde lo positivo, no solo en su voz sino también a través de las voces de su familia y amigos.

La familia logró darse cuenta que Pedro no era el problema sino que los eventos de su vida, las exigencias a la cual se vio abocado, el desplazamiento forzado y la dinámica relacional en la cual nunca se abordaban temas de vital importancia para todos había conllevado a que se manifestara ese malestar en la depresión. Las conversaciones con la esposa e hijos les permitió redefinir la mirada sobre el padre y manera de ayudarlo, así mismo a Pedro le posibilitó verse como un buen padre a partir de lo expresado por sus hijos.

Se consigue el fortalecimiento de los vínculos afectivos entre Pedro y sus hijos, lo que les permitió resignificar la idea de un padre autoritario y distante hacia una imagen de padre responsable, protector y amoroso, que producto de las circunstancias de vida no lograba expresar su afecto de la manera que sus hijos lo esperaban. La familia logró conversar sobre

aspectos de carácter emocional en relación con la depresión del padre, la relación parento-filial, la situación de desplazamiento y otros frente a las cuales había tristeza, rabia, dolor y que no habían sido expresados antes. Esto les permitió ver que estos sentimientos les unían como familia y que habían sido vividos por cada uno en silencio.

DISCUSIÓN

Con los conocimientos adquiridos en la formación académica de la especialización en Psicología Clínica, se logra identificar como llevar a cabo un proceso de intervención clínica desde el enfoque sistémico con población víctima del conflicto armado en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). Se logró evidenciar la utilidad del enfoque sistémico para la intervención en casos de trastornos, donde fue importante ampliar la mirada sobre el problema trascendiendo la linealidad y lo individual para establecer conexiones con la historia de vida, la familia de origen y la actual, contextos como el social y político.

Dentro del marco de la ley de víctimas se establece la atención para las víctimas desde un enfoque diferencial definido como el reconocimiento de poblaciones que por sus características particulares, en razón de su edad, género, orientación sexual, grupo étnico y situación de discapacidad, deben recibir un tratamiento especial en materia de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral. En cierta medida este enfoque rotula o etiqueta a las personas, generándose algún tipo de discriminación que se convierte en una barrera de acceso para acceder a los servicios a los que tienen derecho, es por eso que los psicólogos que se desempeñan en estas entidades deben actuar como líderes para evitar estas

barreras y la discriminación en la que cae producto de la dinámica institucional, volviéndose en mantenedora de los problemas que se quieren intervenir.

En el caso de la depresión, la Unidad para Víctimas la cataloga como una discapacidad mental en la cual las funciones o estructuras mentales o psicosociales son diferentes, sin embargo el riesgo de usar este término implica limitarla la persona en sus capacidades y habilidades, puesto que al momento de rotular a alguien como “discapacitado” se está coartando el libre acceso a sus derechos, y sencillamente no son personas de menor valía sino con capacidades diferentes. Así mismo esta definición desde la discapacidad genera un sentido de dependencia y asistencialismo gubernamental, en el cual fundamentan su estilo de vida, acostumbrándose a conseguir los recursos necesarios subsistencia, a partir de una imagen de minusvalía que la sociedad acoge con facilidad.

Desde una mirada sistémica, el compromiso ético es promover la autonomía y el agenciamiento personal, visualizando a la persona desde sus capacidades y recursos, asumiendo el síntoma como una posible alternativa para afrontar los problemas de la vida. Sin embargo la labor del psicólogo en la Unidad para Víctimas se ve limitada en cuanto a la intervención pues existen restricciones para llevar a cabo procesos terapéuticos en tanto existen limitaciones legales, y las entidades a cargo de esto no logran dar la cobertura pertinente y necesaria.

CONCLUSIONES

En el marco de la atención a personas víctimas del conflicto armado, es importante considerar que la exposición a eventos de violencia como el desplazamiento forzado, no constituye la única razón para explicar la aparición de un trastorno, es importante considerar otros aspectos como la historia de vida, la dinámica relacional en la familia actual, la relación del individuo consigo mismo en cuanto a la construcción de su identidad. Todos estos aspectos que se interconectan al presentarse un evento no normativo como es el desplazamiento generan la aparición con mayor fuerza de un trastorno que venía gestándose desde tempranas etapas del ciclo vital.

Comprender la perspectiva sistémica implica no sólo conectar distintos eventos de la vida de una persona y relacionarlas con otros contextos, también conlleva a desarrollar una manera de conversar, de interactuar con la persona o familia consultante, manteniendo una postura que les permita ser autónomos, tomar las decisiones para sus vidas, y no llegar a imponer la posición del psicólogo. Esto es importante en especial en el contexto de la atención a víctimas donde el profesional en psicología puede mostrarse como el experto ante personas que desde la misma connotación de víctimas se asumen como vulnerables y limitadas en su capacidad para actuar.

La formación como psicólogo clínico implica diversos aspectos como es la apropiación de elementos teóricos que le permitan argumentar su manera de comprender los problemas de las personas, desarrollar habilidades para la escucha que permitirá hacer lectura de la demanda que hacen las personas y en esa medida proponer intervenciones adecuadas.

También es importante conocer las técnicas de intervención pero más allá de eso hacerlas pertinentes para el contexto de la persona y la familia.

REFERENCIAS

Andrade, J. (2011) Efectos psicopatológicos del conflicto armado Colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008. *Orbis Revista Científica Ciencias Humanas*, 7, 20, 111-114.

Bello, N. (2004). Identidad y desplazamiento forzado. *Aporte Andinos*. 8, 1-11

Contat, M. (2001). La protección de los desplazados internos afectados por conflictos armados: Concepto y desafíos. *Revista Internacional de la Cruz Roja*, 843. Retrieved from Recuperado en mayo 02 de 2015 disponible en <http://www.icrc.org/web/spa/sitespa0.nsf/html/5TDQ4P>

Deng, F. (1998). *Principios rectores de los desplazados internos*. Ginebra, Suiza: Naciones Unidas.

Díaz, I.; Núñez, R. (2010). Psicología Clínica. Recuperado en mayo 02 de 2015 disponible en <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/805/1/>

Falla, U., Chávez, Y. A., & Molano, G. (2005). Desplazamiento forzado en Colombia. Análisis documental e informe de investigación en la Unidad de Atención Integral al Desplazado (UAID)-Bogotá., 1, 221-236.

Feixas, G, Muñoz, D., Dada, G., Compañ, V. y Arroyo, S. (2009). Terapia sistémica de pareja de la depresión. Un estudio de caso único. *Apuntes de psicología*. 27,2-3, 273-287

Gaviria, M.; Echeverri, E.; Gómez, J.; Peñaranda, F.; Olaya, A. y Yepes, C. (2002) Análisis de la situación de salud de la población desplazada y no desplazada en Medellín.

Retrieved from Recuperado en mayo 02 de 2015 disponible en <http://www.disasterinfo/desplazados/informes/OPS/perdilmedellin>

García, A. & Rodríguez, J. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los cuidados*, 9 (18), 45-51.

González, M. (2002). Desterrados: El desplazamiento forzado sigue aumentando en Colombia. *Convergencia*, 9(27), 41-78.

Goldrick y Gerson (2005). Genograma en la evaluación familiar. Barcelona: Gedisa.

Hernández, C. A. (2001). Familia Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve, Bogotá: El Búho.

Hernández, C. A. (2004). Psicoterapia Sistémica Breve: la construcción del cambio con individuos, parejas y familia, Bogotá: El Búho.

Ibáñez, A. (2004) Génesis del desplazamiento forzoso en Colombia: sus orígenes, sus consecuencias y el problema del retorno. *Coyuntura Social*, 30, 87-104

Ley de víctimas y restitución de tierras 1448 de 2011

Linares J.L. Campo C. (2007) *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós, 2000.

Ludewig, K. (1998). Terapia Sistémica: Bases de teoría y práctica clínica segunda edición, Barcelona: Herder.

Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR. MASSON (2002)

Minuchin, S. (2004) Modelo Terapéutico Estructural Salvador Minuchin Recuperado en mayo 20 de 2015 disponible en http://maestriaterapiafamiliarunam.weebly.com/uploads/6/1/1/9/6119077/modelo_estructural_monografia.pdf

Martín-Baró, I. (1986). Hacia una psicología de la liberación, 1.

Minuchin, S. y Fishman, C. (2004), Técnicas de Terapia Familiar. Barcelona: Paidós.

Naranjo, G. (2004). Ciudadanía y desplazamiento forzado en Colombia: Una relación conflictiva interpretada desde la teoría del reconocimiento. *Estudios Políticos* (25), 137-160.

Ochoa, A. I. (2004) Enfoque en terapia familiar, Barcelona. Paidós.

Ochoa de Alda, I. (1995) Enfoque en terapia familiar Sistémica. Barcelona. Herder.

Othmer, E. & Othmer, S.C. (2003). DSM – IV – TR La Entrevista Clínica, Barcelona (España): Mansson. pp. 99-100).

Papp, P. (1992). Paradojas. En S. Minuchin & H. C. Fishman (Eds.). *Técnicas de terapia familiar* (pp. 242-258). Barcelona.: Paidós.

Quiñones, L. (2007) La salud Mental, Todo un Reto. Revista MED UNAB,3.5-8.

Sacipa, S. (2003). Lectura de los significados en historias del desplazamiento de una organización comunitaria por la paz. *Universitas Psychologica* 2, 1, 49-56.

Schlippe, A. V. & Schweitzer J. (2003). Manual de Terapia y asesoría sistémica, Barcelona: Herder.

Soriano, J. (2009). Marcadores relacionales en la depresión mayor y la distimia. Tesis doctoral. Barcelona: Hospital de la Santa Creu I Sant Pau.

Tovar, C y Pavajeau, C. (2010). Hombres en situación de desplazamiento: transformaciones de su masculinidad. *Estudios sociales*, 36, 95-102.

Unidad de Victimas Recuperado en mayo 02 de 2015 Disponible <http://www.unidadvictimas.gov.co/index.php/acerca-de-la-unidad/quienes-somos>

Vicenç Fisas y Escola de Cultura de Pau, Anuario de procesos de paz 2012 (Barcelona: Icaria, 2012), consultado el 02 de marzo del 2015, http://centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-cap2_110-195.pdf

Anexo No. 1

Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo _____ identificado/a con el documento de identidad No. _____ de _____ en plenas condiciones mentales, declaro que he sido informado/a adecuadamente de los procedimientos, ventajas y riesgos a que puedo estar sometido como paciente del servicio de psicología referente a esta declaración. Así mismo, soy consciente que mi participación es voluntaria y que podre retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de ninguna explicación adicional o justificación. Así como también soy consciente de los resultados derivados de los análisis tendrán un manejo confidencial, de manera que no serán publicados mi nombre e identidad.

Leído todo lo anterior, manifiesto, estar informado y claro en el procedimiento a seguir descrito en este documento.

Firma _____

Nombre del participante

C.C. No. _____

Firma _____

Nombre del Profesional en Psicólogo/a

C.C. No. _____

T.P No. _____

Anexo No. 2



Anexo No. 3

