

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BAJO EL ENFOQUE SISTÉMICO EN EL
HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER MOGOTES**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

MONOGRAFÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

LICETH ALEJANDRA GÓMEZ CARREÑO

Doctora

ARA MERCEDES CERQUERA

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
2015.**

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	3
Introducción.....	6
Objetivos.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivo específico.....	6
Marco teórico.....	7
Psicología de la salud.....	7
Teoría del apego.....	9
Relación paterno filiar.....	12
Aspectos generales del Enfoque sistémico.....	14
Análisis del caso.....	16
Impresión diagnóstica del caso.....	17
Herramientas utilizadas.....	18
Resultado.....	21
Diagnóstico.....	21
Procedimiento para el caso.....	21
Estructura familiar.....	22
Vínculos y relaciones.....	23
Sesiones.....	25
Resultado.....	34
Discusión.....	35



Universidad
Pontificia
Bolivariana

Especialización en
Psicología Clínica
MONOGRAFÍA

Conclusiones.....	37
Referencias.....	40

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BAJO EL ENFOQUE SISTÉMICO EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER MOGOTES

AUTOR(ES): Liceth Alejandra Gómez Carreño

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Ara Mercedes Cerquera Córdoba

RESUMEN

La presente monografía pretende dar cuenta del proceso adelantado mediante convenio inter Institucional celebrado entre la Universidad Pontificia Bolivariana y el Hospital San Pedro Claver del municipio de Mogotes Santander, donde por primera vez, se realiza atención de consulta por Psicología a la población que accede a los servicios hospitalarios y ambulatorios de primer nivel, en el modelo de prestación de servicio por EPS, del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud, vinculación subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad. En desarrollo del proceso de práctica se brindó atención psicológica en nueve casos, siete de ellos procedentes del sector rural y dos del sector urbano; Del total de casos atendidos, tres se mantuvieron hasta finalizar el proceso. El diagnóstico para el primer caso fue trastorno psicótico inducido por sustancias- alcohol con alucinaciones, para el segundo caso fue trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado y para el tercer caso Problemas paterno-filiales Z63.1; este último será abordado y analizado a profundidad en el presente documento, haciendo énfasis en aspectos determinantes como la vinculación, comunicación, sobreprotección y manejo de la disciplina de los padres hacia el niño. Dicho análisis permitió evidenciar prácticas de interacción sobreprotectoras por parte de la madre, lo que generó aislamiento social en el menor con consecuencias negativas para su desarrollo integral; lo anterior sumado al hecho de ejercer una maternidad y paternidad limitada a un hijo único entendiendo lo que esto puede significar para el proceso de construcción de la realidad del menor. Se concluye de esta forma, que el estrecho vínculo entre la madre y el niño, activaron conductas de apego, conllevando a que se generara un detrimento en el desarrollo socioemocional del menor, limitando su estructuración social y la relación próxima con sus iguales, razón de la intervención psicológica sistémica.

PALABRAS CLAVES:

Sistémico, vinculo, apego, familia, paterno filiar, relación.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION UNDER THE SYSTEMS APPROACH IN THE HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER MOGOTES

AUTHOR(S): Liceth Alejandra Gómez Carreño

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Ara Mercedes Cerquera Cordoba

ABSTRACT

This monograph is intended to give an account of the process in advance by agreement inter institutional between the Universidad Pontificia Bolivariana and the San Pedro Claver Hospital in the municipality of Mogotes-Santander, where for the first time, is attention of Psychology consultation to the population that provides access to medical and hospital services of first level, in the model of provision of service by EPS specifically linked to health life EPS of the subsidized regime of security system in health, linking subsidized with fiscal resources or solidarity. In the process of practice was carried out service offering, entering billing 9 cases, of which 7 are from the rural sector and 2 in the urban sector, of which 3 were maintained and completed the process, whose diagnosis for the first case was related to psychotic disorder induced by substances-alcohol with hallucinations, second case, attention hyperactivity deficit disorder , combined type and the third case, parent-child problems Z63.1, the latter was taken for analysis and the approach in this document, allowing you to take a look at reality from the linkage, communication, overprotection and handling of discipline of parents towards the child, finding features of interaction by the mother overprotective, which generated social isolation in the minor with negative consequences for their comprehensive and social development; coupled with the fact of exercising a maternity and paternity leave, limited to a single child understanding what this can mean for the construction of the reality of the child process. He is concluded in this way, the close link between the mother and the child, to activated behaviors of attachment leads to a detriment is generated in the minor socio-emotional development, limiting its social structure and the close relationship with their peers, reason of systemic psychological intervention.

KEYWORDS:

systemic, link, addiction, family, paterno subsidiary, relationship.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

La intervención clínica realizada en el Hospital San Pedro Claver del municipio de Mogotes Santander, abordó para el estudio de caso, un paciente masculino de tres años de edad, desde el enfoque sistémico, profundizando en los elementos incidentes, motivo de consulta, estructura familiar, vínculos predominantes mantenedores del síntoma, dinámicas interaccionales y recursos propios. El sustento teórico del caso se basó en la psicología de la salud, la teoría del apego, revisando las relaciones paterno filiales consecuentes con el diagnóstico y su proceso de intervención. Dicha intervención se desarrolló en ocho sesiones, posibilitando la reducción sustancial del síntoma en el paciente.

Objetivos:

Objetivo General:

Consolidar un proceso de intervención psicológica al menor de 3 años, miembro sintomático de los problemas paterno filiales.

Objetivos Específicos:

Analizar desde el enfoque sistémico las dinámicas familiares y sociales del sistema familiar que consulta.

Identificar problemáticas del sistema familiar y su estructura, mantenedoras de los síntomas en el consultante.

Potencializar los recursos propios de la familia para superar la situación alterante de la homeostasis.

Marco Teórico

Psicología de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) define la salud como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (p.1). Se reconoce la estructura biopsicosocial de la salud y la salud mental que se encuentra definida en la Ley 1616 (2013), en cuyo artículo 3 expone la salud mental desde la dinámica de la cotidianidad, expresada en comportamientos e interacciones, donde el ser humano despliega sus propios recursos emocionales y cognitivos en su trabajo, en sus relaciones y en la comunidad.

Ahora bien, la psicología de la salud se convierte en un tema de interés por su aproximación más comprensiva de la salud desde la mirada biopsicosocial como determinante de la enfermedad y su tratamiento, apoyado en argumentos sólidos que validan la evaluación, diagnóstico, prevención e intervención.

En Colombia, en la década de los 80, se dio un movimiento importante en la inserción de la psicología al ámbito de la salud, dando apertura a la psicología clínica de la salud en áreas de prevención secundaria y terciaria (Flórez-Alarcón,2006). En la actualidad se ha visto la necesidad de incorporar políticas que atiendan los requerimientos de la población Colombiana en términos de salud mental, debido a que en el Estudio Nacional de salud Mental de Colombia (Ministerio de protección social & Fundación FES Social, 2003), se indica que el “40.1% de la población colombiana presentó algunos de los 23 trastornos descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) alguna vez en su vida, 16.0% lo reportó en los últimos 12 meses y 7.4% reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días” (p.19).

Razón de más, para adoptar la Ley 1616 de salud mental (2013), que en su artículo 4, busca garantizar el ejercicio pleno de los derechos en materia de salud mental, establecidos en el título II, garantizado a través del sistema general de seguridad social en salud SGSSS a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales, incluidos aquellos trastornos derivados de los vínculos de apego desformalizados o inseguros. Es por ello que a continuación se expondrá brevemente los elementos teóricos de la teoría del apego.

Bowlby (1982, citado por Moneta, 2014), en su teoría del el apego, intenta explicar los efectos de vínculos tempranos de protección como cualquier forma de conducta cuyo resultado es gozar y conservar la proximidad con otro individuo claramente reconocido, al que se considera más competente para enfrentar al mundo y que es capaz de atender en momentos de miedo, fatiga y enfermedad; insistió en la importancia que tienen los efectos inmediatos y a largo plazo de la conducta en la salud mental de los niños, especialmente en el primer año de vida.

Farkas, Santelices, Aracena y Pinedo (2008) haciendo referencia a Bowlby, (1982), planteaban que la teoría del apego posibilitaba entender variadas formas de trastornos emocionales y de alteraciones de la personalidad, incluyendo la ansiedad, la ira, la depresión y el apartamiento emocional y que se produce como consecuencia de privaciones, maltrato, pérdidas y traumas generados en los primeros años de vida del niño.

Sin duda, esta teoría busca un cambio hacia una forma de vinculación más adaptativa en cualquier etapa del desarrollo, posibilitando la evaluación y afrontamiento de las situaciones estresantes, mediante la utilización de estrategias de reelaboración positiva, búsqueda de apoyo, reconocimiento y expresión emocional; lo anterior

dependiendo de las relaciones significativas que el sujeto haya experimentado en las relaciones vinculares previas (Biedermann, Martínez, Olhaberry & Cruzat, 2009).

Por su parte, Ainsworth (1967), en su estudio observacional en Ganda en Uganda y en su interés por descubrir formas relacionales y vinculares en los primeros años de vida de los niños, pudo develar tres patrones de apego muy importantes: niños de apego seguro con llanto reducido que se mostraban agradados cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro, de llanto frecuente, incluso cuando estaban en brazos de la madre; y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres.

Posteriormente, Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, (1978), citado por Lecannelier et al. (2008) deciden realizar un experimento para verificar el equilibrio en la conducta de apego ante situaciones estresantes, encontrando grandes diferencias en el comportamiento de los niños, logrando determinar tres tipos de apego infantil, clasificados en: seguro, inseguro-evitativo, inseguro-ambivalente, posteriormente incluye un cuarto patrón, denominado inseguro desorganizado desorientado, para el caso en el que los niños muestran la mayor inseguridad.

Acogiendo la perspectiva de Bowlby, los diferentes vínculos que establece el ser humano para su supervivencia y como parte de la configuración de su personalidad y seguridad emocional, pueden llegar a establecer una relación única de seguridad,

aceptación y protección la cual está determinada por la capacidad de respuesta de la persona que lo cuida, que en la mayoría de los casos es la madre. Dicha relación se convierte en su referente para toda la vida, según el tipo de vínculo generado de manera previa, tal como lo enuncia Becerril y Álvarez (2012).

Por otra parte, Strauss y Schmidt (1997), citado por Biedermann et al. (2009) sostienen que la teoría del apego ofrece las condiciones contextuales básicas que pueden orientar las intervenciones hacia los principales temas relacionales en dirección a un patrón de estilos vinculares de apego seguro; este es un aspecto fundamental, debido a que estos patrones sólo pueden llegar a ser transformados a través de relaciones significativas que posibilitan experiencias emocionales correctivas.

En el caso de la intervención familiar, se han creado modelos que influyen en la teoría del apego, uno de ellos es TFFE, Terapia Familiar Focalizada en las Emociones, cuyo propósito es lograr modificar los ciclos afectados de interacción, mantenedores del apego, promoviendo ciclos más positivos, creando fuertes alianzas en la familia, reduciendo las interacciones negativas y construyendo nuevos cambios interaccionales entre cada uno de sus miembros (Biedermann et al., 2009).

Dallos (2004) por su parte, desarrolla un modelo de Terapia Narrativa de Apego, para tratar a la familia con un miembro que presenta trastorno en ese sentido; indica que las historias o narrativas de los pacientes, están llenas de creencias básicas

sostenidas por la familia y que corresponden a un conjunto de creencias compartidas culturalmente, llevando a sus integrantes a rotular al paciente, patologizándolo bajo una totalidad. Con la narrativa, se logra abatir ese proceso, incorporando dinámicas de apego positivas que se generan en la familia después de la intervención.

Cabe destacar que la teoría del apego presenta ciertos lineamientos contextuales básicos y puede, por lo tanto, ser aplicada a muchas formas de terapia (Strauss & Schmidt, 1997 citado por Biedermann et al., 2009) buscando generar desarrollo flexible, descubriendo el sentido relacional que cumple el síntoma en el cambio que se busca para la persona y su familia. Es por ello, que se revisará la coyuntura de las relaciones paterno filiales.

Relación paterno filiar

La misión esencial de una familia, es la de formar individuos seguros, autónomos, capaces de dar y recibir desde una perspectiva de adecuada independencia con relaciones vinculares y roles conyugales fraternales y filiales compartiendo elementos esenciales coadyuvantes de la estabilidad emocional y social de los más pequeños (Contreras & Arrazola, 2013).

Desafortunadamente, las dinámicas familiares no siempre responden a las necesidades de afecto de niños y niñas, entendidas desde la perspectiva de Neef (1996)

citado por Contreras y Arrazola (2013), como las necesidades humanas, incluyendo el afecto, indicando que éste “es una necesidad, quizás, la más importante para el desarrollo emocional de los niños, puesto que deriva una buena autoestima, seguridad en sí mismo(a), manejo adecuado de las relaciones interpersonales, entre otros aspectos” (p. 20), requiriendo de su satisfacción mediante diversos mecanismos como el cuidado, el tiempo entre padres e hijos, establecimiento de normas, regulación de la convivencia que ayudan a construir calidad de vida.

La relación paterno filiar se entiende como una expresión en relación al otro, generada por espacios de acompañamiento, para compartir, expresar, comunicar y posibilitar un desarrollo afectivo adecuado; pero cuando esto no sucede, se presentan situaciones alterantes manifestándose en “deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos” (American Psychiatric Association, 1995, p. 696) analizado y entendido desde la perspectiva sistémica familiar.

Desde esta perspectiva se abordarán los elementos esenciales del enfoque sistémico.

El enfoque sistémico surge a finales del siglo XX, revelando otra manera de ver la realidad. Inicia desde la teoría general de sistemas de Ludwig von Bertalanffy (1947), citado por Arnol y Osorio (1998) en su visión totalizadora organicista en influencia e interacción con otros sistemas, donde se afirma que las características de los sistemas no se pueden representar en términos de sus elementos separados, por ello, su comprensión sólo ocurre cuando se evalúan globalmente, involucrando todas sus partes de manera recíproca fundamentándose en que los sistemas existen dentro de otros más amplios, contando con características de constante interacción por ser de tipo abierto y a su vez generando interdependencia estructural (Braziller 1968).

Con esta premisa se abre el camino a dar explicación a muchos fenómenos diversos de la actualidad, de la ciencia, de lo social, de lo tecnológico y lo psicológico, caracterizándose por dar una mirada holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen (Arnold & Rodríguez, 1990 citados por Arnol & Osorio, 1998).

Lo significativo de este enfoque, es que tiene presente la totalidad como un todo articulado sin desconocer la injerencia de sus partes y sus relaciones, generando una percepción global de las cosas, comparando de esta manera, el modelo con la realidad (García 1995).

Es así, que este enfoque aplicado a la intervención con familias, permite tener una nueva concepción del problema como un todo circular, donde la conducta de un miembro se relaciona con la totalidad de la familia, más que la simplicidad de lo lineal, tal como lo distingue Rizo-García (2011), identificando interacciones posibles. De esta manera se produce un importante giro en la manera de explicar las situaciones personales y familiares dónde la realidad ahora es vista como un todo relacional desde la perspectiva sistémica.

De esta forma, la teoría sistémica aplicada a la psicopatología, posibilitó una revolución sobre todo para el contexto familiar, considerada como básica para el origen y mantenimiento de los trastornos que desconciertan la homeostasis de los sistemas y sub sistemas, donde necesariamente debe buscar una posterior regulación o equilibrio entre sus partes (Estupiñan-Mojica, 2005).

Ahora bien, en definición se dice que, “la familia es un sistema abierto y viviente con varios sub sistemas que comparten una historia e intentan mantener una identidad como sistema, aunque evolucionando con el tiempo” (Kreuz & Gammer, 1993, p. 85).

Se sabe que todas las personas provienen y hacen parte de una familia, cuya finalidad es la de fomentar el adecuado desarrollo de todos sus miembros, pero cuando esto no ocurre, se puede generar una deficiencia de dicho proceso, explicada en muchos casos por la relación y la dinámica familiar derivada de una interacción

disfuncional en el sistema y/o en la influencia de las pautas cambiantes dentro del ciclo vital familiar (Carter & McGoldrick, 1989 citado por Beyebach & Rodriguez, 1995) que como lo plantea Pittman (1990) pueden suponer crisis y no desde la sola interpretación sino desde la individualidad del paciente sintomático, que para el caso de este documento, es único descendiente en la familia y en cuya perspectiva se suele pensar que experimentan dificultades relacionadas con dependencias, sobreprotección y ansiedad debido a las expectativas puestas en él y como lo veremos en el análisis del caso intervenido.

Análisis del caso

La familia es considerada desde el enfoque sistémico como una estructura de vital importancia por su posibilidad para el desarrollo de sus miembros o en el mantenimiento de alteraciones psicológicas debido al estableciendo pautas de interacción que son determinantes para medir los niveles de funcionalidad o disfuncionalidad y el posible origen del problema en esa estructura familiar y relacional (Rodríguez & Peláez 2013).

El caso que se plantea, se aborda desde el enfoque sistémico, y pretende dar cuenta de las diferentes interacciones dentro de la estructura familiar y cómo los vínculos relacionales han afectado de manera directa a quien presenta el síntoma, desde las transacciones que implican por lo menos a tres miembros de la familia desde su propio modelo simbiótico, cada vez que se van descubriendo nuevos tipos de interacción y se

precisa el repertorio relacional sin dejar de referirlo al proceso patológico inmerso en el sistema familiar.

Impresión diagnóstica del caso

EJE 1: Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]

F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (313.89)

F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo [315.31]

F80.0 Trastorno fonológico [315.39]

EJE II: Z03.2. Sin trastorno de la personalidad

EJE III: Cardiopatía (soplo) – anemia

EJE IV: Problemáticas relativas al grupo primario de apoyo: pérdida del abuelo materno, hace 9 meses, pérdida del hermano menor de 1 día de nacido, cambio de lugar de residencia hace 9 meses, sobreprotección de la madre, disciplinas inadecuadas, reducido tiempo para compartir en familia.

Problemas relativos al ambiente social: deficiencia en las relaciones con sus pares.

Problemas relativos a la enseñanza: no hay una adecuada estimulación para la educación inicial- no pertenece a programas de atención integral a la primera infancia.

EJE V: EEAG- 60 síntomas moderados, lenguaje apocado y distorsionado, dificultades en la actividad social.

Diagnóstico generado: Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos.

Nota de codificación: Especificar Z63.1 si el objeto de atención clínica es el niño según DSM IV (APA, 2003).

Herramientas utilizadas

Entrevista psicológica: Es un instrumento fundamental del método clínico y una técnica de investigación científica de la psicología. En esta se persiguen objetivos psicológicos de investigación, diagnóstico y terapia (Bleger, 1995 citado por Vives, 2007), por lo cual se establece una relación interpersonal constituida por varias fases en la que se obtiene información verbal y no verbal del entrevistado para lograr un estudio del comportamiento y definir los aspectos centrales de un problema y su impacto en la trama relacional del individuo.

Historia clínica: “Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, 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 paciente o en los casos previstos por la ley” (Resolución 1995, 1999, p. 2).

Genograma: Es un instrumento de representación gráfica, del tipo genealógico, que describe la estructura familiar en tres generaciones, convivencia y relaciones entre ellos, posibilitando tener un conocimiento general de la familia y la generación de una hipótesis, acerca del problema, la estructura y relación familiar (Compañ, Feixas, Muñoz, Montesano, 2012).

Juguetes: Está demostrado que en la actividad lúdica, los niños desarrollan, ponen en funcionamiento y permiten evidenciar, aspectos madurativos de áreas cognitivas, motoras, lingüísticas y relacionales de acuerdo a su edad evolutiva, generándose un punto de referencia de las características personales y sociales, expresando en el juego los rasgos característicos de cada sujeto (Maganto & Cruz, 1997); por ello se usaron juguetes de encajar piezas, emparejar, armar, vaciar y llenar, también papel tamaño carta, lápiz, colores, crayones, borrador, sacapuntas, muñecos como familia de animales salvajes y domésticos; observando aspectos como: motricidad, creatividad, elección primaria, asociación, plasticidad, rigidez, personificación, prevalencia, y manejo de la frustración.

200 Tareas en terapia breve de Beyebach y Herrero (2010) es un compilado de herramientas técnicas y prácticas para aplicarlos ya sea en familias, parejas o individuos, cuyas tareas se presenta en forma de ficha, encabezada por símbolos que informan sobre las características fundamentales, indicaciones y contraindicaciones, que se deben tener en cuenta a la hora de utilizarla y sus posibles variantes.

Test de articulación a la repetición T.A.R

Ficha técnica: El test T.A.R. reducido fue creado por Fonoaudióloga Schwalm (1981). Es una prueba de articulación que permite la detección de dificultades articulatorias y deformaciones de palabras. Consta de varios ítems (fonemas en posición inicial, media, final, trabada, dífonos vocálicos, dífonos consonánticos, y polisílabos) y se aplica en forma individual, mediante la modalidad de “repetición inmediata” y no tiene límite de edad.

Rango de aplicación: El **T.A.R.** es aplicable desde que el menor tiene lenguaje y es capaz de repetir palabras.

Aplicación: La realización del test se lleva a cabo en forma individual a través de la repetición de las palabras presentadas por el examinador al niño. Es importante destacar que el **T.A.R.** posee una versión larga y una resumida que permite disminuir el tiempo de aplicación sin perder su objetividad.

Resultado:

Se identifica una alteración en la emisión del lenguaje relativa a la articulación de fonemas, presentando una dislalia del tipo funcional en relación al sigmatismo (defecto del fonema "s"); lambdacismo (defecto en el fonema "l"); rotacismo (defecto en el fonema "r" y "rr"); gammacismo (defecto en los fonemas "g", "k" y "j"); razón para considerar la remisión para valoración por un especialista fonoaudiólogo, con el fin de determinar el diagnóstico y su tratamiento.

Diagnóstico: Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]

Teniendo en cuenta el diagnóstico se realiza la siguiente intervención:

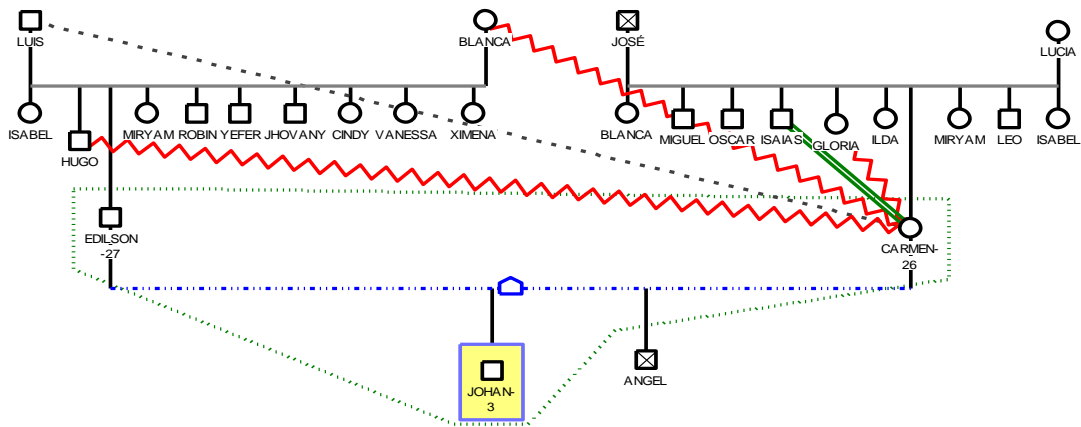
Procedimiento para el caso.

La familia intervenida, se conforma por el señor J de 27 años de edad, dedicado a las labores de un trapiche, La señora C de 26 años de edad, quien se dedica a las labores de ama de casa, quienes viven en unión libre desde hace 5 años y de cuya unión hay un hijo de nombre E de 3 años de edad, quien no se encuentra en programas de educación inicial y un segundo hijo, que fallece al día de nacido a causa de una cardiopatía.

La señora C, es quien solicita la atención psicológica en el Hospital San Pedro Claver de Mogotes, indicando dificultades con su hijo de 3 años de edad.

La señora C, Manifiesta que el niño E, desde que estuvieron viviendo en Yarima (San Vicente de chucuri), hace aproximadamente 9 meses, no le gusta compartir ni jugar con otros niños, se aísla y poco se le entiende lo que dice, igualmente expresa su preocupación por el hecho que el menor suele jugar y hablar solo con “Toto”, un amigo imaginario. Ante ello, la madre decide consultar con el pediatra, que atiende al menor por un soplo cardiaco descubierto recientemente y quien recomienda pedir cita con psicología remitiéndolos hacia la IPS Salud Y Bienestar, donde le asignan algunas terapias por parte de la psicóloga M.P, sin poder asistir por cambio de domicilio al municipio de Mogotes, donde al persistir su preocupación, solicitan de manera voluntaria un nuevo acompañamiento al caso, en el Hospital San Pedro Claver.

La señora C indica que su embarazo fue esperado, de 8 meses de gestación y de alto riesgo por incompatibilidad de RH, debiendo permanecer el menor un mes en observación en institución de salud; asegura que suministró al menor, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 9 meses; indica que es un niño muy cariñoso, tranquilo, pero le preocupa que le gusta jugar solo, no comparte con otros niños y según indica la señora C, habla con “Toto”, un amigo que según le relata E, le dice que es un niño que vive solo y viene del cielo, según indica la madre, eso es lo que ella cree entenderle, debido a que no es claro el lenguaje en el menor.



Vínculos y relaciones

Relación cordial y de convivencia entre J y C mientras éste no vaya a la casa de la madre, la señora B, quien habla de manera despectiva de C y se genera conflicto de pareja por la intromisión, generando desconfianza sobre la paternidad de J. Así mismo, se evidencia un distanciamiento y conflicto con H, hermano de J por considerar dudosa la paternidad de su hermano y no considerar a C buena compañera para J.

La familia comparte poco tiempo en actividades de ocio.

El padre dedica la mayor parte de su tiempo a las labores de los trapiches, con horarios extendidos, lo que impide pasar suficiente tiempo en familia.

El ejercicio de poder al interior de la familia es ejercido por la señora C, quien indica las normas a seguir, dedica todo su tiempo al mantenimiento del hogar y cuidado del menor, asumiendo tres niveles en la jerarquía, madre, hijo y padre.

El menor es dependiente de la madre, hasta para pequeñas tareas, que para su edad ya las podría realizar tales como, vestirse o desvestirse, lavado de dientes etc.

Prevalecen los límites rígidos hacia el exterior por parte del menor debidos a la escasa socialización para su etapa pre-escolar, época donde generalmente los niños adquieren normas, significados culturales de su sociedad y desarrollan un auto concepto que quizá persista durante toda la vida y es en esta etapa, donde también adquieren autoconfianza, aparece la sociabilidad en los niños, hechos que juegan un papel importante en sus primeras experiencias, en el modo de acercamiento a los demás, evidenciando a aquellos niños que han desarrollado apegos de seguridad con sus padres, dando muestras de confianza básica, reflejando sin lugar a duda los antecedentes de su mundo social.

Problemas relativos al grupo primario de apoyo: pérdida del abuelo materno, hace 9 meses, pérdida del hermano menor de 1 día de nacido, cambio de lugar de residencia hace 9 meses, sobreprotección de la madre, disciplinas inadecuadas, reducida participación del padre en el proceso de educación y formación del menor, imposibilidad de socialización, autoritarismo de la madre, sumadas a las interacciones emitidas por la familia, que para el caso serían rasgos detectables del

comportamiento pudiéndose observar, aislar y registrar durante la actuación de los miembros de la familia y como mencionan Brodey, Ackerman y Jackson (1970) citado por Fairlie y Frisancho (1998) “Cada familia tiene, al igual que cada persona, su propio tipo de movimiento fisiológico, crecimiento y estilo de cambio a partir de códigos privados diferentes de una familia a otra” (p. 47), pasando por relaciones que pueden ser diádicas, tríadicas, las cuales se identificaron en cada una de las sesiones realizadas que se indicarán a continuación:.

Sesiones

Objetivo General:

Consolidar un proceso de intervención psicológica desde el enfoque sistémico al menor de 3 años, miembro sintomático de los problemas paterno filiales.

Sesión 1

Objetivo: Obtener información relevante en relación al motivo de consulta

Proceso: Se atiende a la señora C, que asiste con E, argumentando que el menor posee problemas relacionales con sus pares y creación de amigo imaginario.

Se informó del proceso que se adelantaría semana a semana, el enfoque a usar y nivel de participación del sistema en todo el proceso, partiendo de la realización de un consentimiento informado como parte de la intervención.

Sesión 2

Objetivos:

Obtener información respecto a los elementos relacionales propios de este sistema familiar.

Determinar el nivel de estimulación y de formación inicial en E.

Proceso: Se da la bienvenida a la señora C, quien asiste junto a E y a quien se le indica la importancia de conocer la forma de interacción de los sistemas y establecer la estructura familiar incidente en el motivo de consulta, desde la comunicación, desde los rasgos organizativos, sus patrones de comportamiento, su idiosincrasia y el proceso que a partir de ello se generaría para las técnicas de cambio.

Se da continuidad a la recolección de información para la historia clínica desde la entrevista, realizando preguntas del tipo abiertas.

Se identifica también, la dificultad en la emisión del lenguaje por parte de E quien en la primera sesión no emitió lenguaje verbal y en esta segunda sesión fue más evidente.

Se realiza terapia de juego y dibujo con E, usando material didáctico para la asociación, permitiendo identificar que los ejercicios básicos eran nuevos para el niño.

Se realiza psico-educación sobre estimulación temprana y educación inicial.

Se solicita que para el siguiente encuentro, el niño lleve dibujos o trazos realizados por él, con la guía y el acompañamiento de los padres.

Sesión 3

Objetivo: Conocer desde la perspectiva del padre los procesos generados en el sistema, para lograr su vinculación al proceso de cambio.

Proceso: Asiste a la sesión la madre, el padre y el menor, se verifica tarea realizada por el niño y se escucha al padre donde el señor J, indica que el menor suele ser irrespetuoso y ratifica el aislamiento social y creación de amigo imaginario.

Se le indica a los padres, que una de las preocupaciones manifestadas por ellos, que es el amigo imaginario, hace parte de construcciones creadas por los niños pre escolares en respuesta a algunas necesidades no satisfechas por su entorno.

Por ello se debe generar pautas de cambio a partir de la totalidad de sus miembros, razón por la cual, el trabajo se realizará de manera conjunta y articulada, identificando cuales podrían ser esas necesidades que está requiriendo E, motivando a los padres para que analicen de manera cuidadosa las interacciones que se desarrollan dentro del sistema familiar, identificando sus consecuencias y la manera en que estas pueden estar vinculadas con el síntoma y determinando varios

posibles factores: como falta de normas claras, poco espacio para compartir con el menor, baja estimulación en las áreas de desarrollo del niño y limitado proceso de socialización con pares.

Para ello, se solicita a los padres, la identificación de los recursos con que cuentan como sistema familiar, analizando la manera en que pueden superar las deficiencias y describiendo los posibles aportes individuales. Posteriormente se les informa que se realizará una actividad de apoyo a dichos planteamientos, mediante una actividad denominada “Cara o Cruz”, donde se le entrega a los consultantes una moneda y se les propone que todas las mañana, al levantarse, la lancen, y quien acierte el lado en que caiga, deberá realizar una de las actividades que haya propuesto en la sesión describiendo su efecto, posibilitando que culminado el día, puedan tener la oportunidad de socializar los resultados obtenidos y de ser necesario la búsqueda de alternativas de solución.

Se realiza psicoeducación sobre la construcción de amigos imaginarios en pre escolares, las consecuencias de la escasa socialización y los efectos de la sobreprotección reflejados en la acciones de E.

Se concluye con la jornada, recordando la importancia de realizar la actividad de “cara o cruz” (Beyebach & Herrero, 2010).

Objetivos:

Los padres reconocen los patrones disfuncionales de interacción mantenedores de los síntomas.

Potenciar espacios de interacción y comunicación con todos los miembros de la familia y en especial con el menor.

Proceso:

Se da la bienvenida y se procede a revisar los resultados de la actividad planteada en la sesión anterior y se indaga sobre otros elementos que hayan identificado en el sistema familiar y que se convierten en mantenedores de las dificultades.

Además, por el cumplimiento en algunas actividades, se realiza connotación positiva redefiniendo pautas interaccionales donde el padre se vincula de manera directa a los procesos, la madre permite la vinculación, se genera identificación y reconocimiento frente a la consolidación de la perspectiva sistémica familiar donde uno confluye al otro.

Se plantea que los padres inviertan tiempo de ocio de manera conjunta y a su vez propicien que el menor pueda interactuar con sus iguales en lugares diferentes al de la casa, como parques, juegos públicos entre otros, con el fin de fomentar en el niño, experiencias significativas para su desarrollo social e individual, desde el aprendizaje e interacción con sus pares.

Además se explica a los padres, que el menor se encuentra en una etapa de su ciclo vital de la primera infancia, etapa importante, donde se consolida la autoconfianza, autoestima, se fortalece lo emocional, creando a su vez habilidades intelectuales y sociales donde aprenden a comunicarse de manera gradual usando su lenguaje, incorporando valores y comportamiento que va adquiriendo en ese ejercicio interaccional y donde requiere del acompañamiento permanente de los padres para propiciar una adecuada estimulación en las diferentes áreas del desarrollo. Para ello se les plantea que dediquen tiempo para la lectura guiada con E, la pintura, la música y se busque la posibilidad de ingreso al sistema de educación inicial.

Sesión 5

Objetivo: Orientar a los padres en torno a la dificultad de E para la emisión del lenguaje.

Proceso: Se verifica el cumplimiento de las indicaciones realizadas en la sesión anterior y se informa a la madre, quien es la persona que asiste junto a E, que por razones de importancia para las sesiones y el proceso, es necesario conocer la construcción de la realidad reproducida con el lenguaje verbal por parte de E. Para que ello sea posible y con el fin evitar sesgos al procedimiento a partir de la traducción realizada por la madre, se plantea realizar una prueba con E, que posibilite determinar su nivel de lenguaje verbal, a razón de su escasa y distorsionada emisión de palabras, aplicando un T.A.R. (Test De Articulación A La Repetición) determinando el nivel fonético, posibles dislalias, inconsistencias

fonéticas y la memoria auditiva, evaluando a su vez, dífonos vocálicos, consonánticos, palabras polisilábicas y frases de metría creciente (Fonoaudiólogos Wordpress, 2012).

Obteniendo un resultado de distorsión fonética, encontrando necesario realizar proceso de remisión a Fonoaudiología para valoración completa, que determine a nivel profesional específico, el tipo de alteración que pueda estar presentando E. Remisión que se realiza desde la institución de salud, Hospital San Pedro Claver a la EPS Salud Vida.

Se recomienda hacer el proceso de consecución de la autorización y trámite administrativo para la atención por especialista; así como establecer una adecuada estimulación del habla en el menor E, en los diferentes espacios del día, como mecanismo de apoyo al proceso.

Sesión 6

Objetivo: brindar herramientas de manejo y restablecimiento de los sub sistemas identificando sus roles dentro del sistema familiar.

Proceso: Se verifican las acciones adelantadas desde la sesión anterior y se indica a los padres, la importancia de los roles en la dinámica familiar y la identificación de los recursos propios orientado a la relación vincular triádica.

Se realiza juego de roles, posibilitando que el padre experimente mayor vinculación en el proceso de formación, normas y toma de decisiones en el hogar,

reconociendo en los dos padres su protagonismo en la dinámica familiar y su incidencia en las personas que lo componen.

Se revisa los resultados del ejercicio y las sensaciones experimentadas desde la perspectiva de dos padres, incentivando su participación activa en el hogar, el disfrute de las vivencias familiares, la vinculación afectiva y relacional, imprescindible para su bienestar y calidad de vida.

Sesión 7 – 8

Objetivo: Generar estrategias para el cambio desde la interacción y la directa vinculación en los procesos familiares por parte de los dos padres.

Los padres son, quienes en muchos casos y sin proponérselo, los que pueden ayudar u obstaculizar el desarrollo integral de los hijos únicos, a partir de la reproducción de relaciones y pautas inadecuadas, pudiendo ser diferentes en muchos casos, por la presencia de más hermanos, así como lo plantea Adler (1929) citado por Sánchez (2012) quien reconoce la importancia de la presencia de los hermanos desde la interacción en el moldeo de la personalidad, donde sin ellos, el hijo único, no tendría que competir con hermanos por la atención, es posible que sea consentido y ligado excesivamente a la madre quien es con frecuencia muy sobreprotectora, llegando a desarrollar algo que denominó el “complejo de madre” o mamitis, donde además señala que la atención constante de los padres, da al niño único, un sentido irreal de valor personal.

Además, es en la familia donde se consolidan los primeros procesos de socialización, se generan las primeras relaciones con padres y hermanos, lográndose aprendizajes a partir de la interacción recíproca influyendo y modificando muchos de los comportamientos.

Distinto ocurre cuando se es hijo único, porque no se cuenta con un referente para el juego, la identidad y la socialización con pares, incluso los niños con hermanos tienen más oportunidades que los "hijos únicos" de aprender un comportamiento pro social (Hoffman, 1997 citado por Caro et al., 2000).

Procedimiento: Se incentiva a los padres, para que relaten cómo ha sido la experiencia dentro del proceso, qué elementos les ha sido significativos y que acciones contemplan mantener sin olvidar reforzar la línea emocional de E, siendo ellos sus figuras de referencia, posibilitando a su vez realizar un trabajo conjunto sin permitir que la familia extensa genere interferencia e inestabilidad al sistema.

Acordaron dedicar más tiempo para el compartir en espacios de ocio, manifiestan que E ha logrado un avance significativo en la interacción con otros niños, la madre indica que lleva a E con mayor frecuencia al parque, hay mayor posibilidad para que E participe de pequeñas tareas como: vestirse, lavarse dientes (antes no lo hacía) y el padre ha podido generar mayor vinculación a la dinámica familiar.

En un proceso adelantado de 8 sesiones, se han logrado grandes cambios en el sistema familiar donde:

E juega y comparte con sus iguales en espacios como el parque, ha sido apoyado y estimulado por sus padres para el desarrollo del habla, posibilitando evidenciar mejorías en cuanto a la fluidez, claridad, articulación y repetición de palabras.

E, ha tenido la posibilidad de realizar pequeñas tareas como: vestirse, desvestirse, cepillarse dientes, organizar sus juguetes y seguir instrucciones sencillas para su edad, que le representan autonomía e independencia.

Se logró también, que los padres buscaran un cupo para ingresar a E a la educación inicial en el 2016 y así contribuir al proceso de desarrollo cognitivo, afectivo y social del menor.

Además, indica la madre, que se siente más tranquila porque ya no sospecha de la existencia de "Toto", considera que pudo tratarse de una mala interpretación que ella realizó de lo poco que le podía comprender a E y la escasa socialización que el niño experimentaba en su momento.

Del mismo modo, se obtiene un diagnóstico por fonoaudiología, que no evidencia alteración en el sistema biológico, dictaminando 10 sesiones de terapia especializada por fonoaudiología para atender el "leve retardo en el desarrollo del lenguaje oral" en el menor, según el reporte descrito por la profesional que atendió el caso remitido.

Por su parte, la madre asegura que, “ya no soy tan sobreprotectora”, reconoce que ha debido empezar a modificar muchas de las pautas relacionales con cada uno de los miembros de su familia, rescatando los recursos que como sistemas poseen de los que deben sacarle el mayor provecho.

J, se siente más comprometido y vinculado con la familia, considera que le hacía falta saber que también contaba para los procesos de cambio y de construcción de su familia.

Todos, han tenido la posibilidad de compartir tiempo de ocio los fines de semana.

Discusión

El sistema familiar que pudo ser intervenido desde el enfoque sistémico y al que se le adelantó un importante proceso que diera cuenta de la importancia de centrar esfuerzos en determinar cuan imperante son los vínculos y las relaciones como la arquitectura para la función adaptativa del sistema familiar, determinando un enlace entre el síntoma y el funcionamiento, comprendiendo mejor los criterios que los distingue y dinamiza dentro de su estructura familiar funcional y tradicional de padre, madre e hijo, así como el significado atribuido al paciente designado, poniendo de relieve las reglas y normas como regulación para su continuo proceso de cambio así como lo afirma Fairlie y Frisancho (1998).

Del mismo modo se buscó con la atención del caso, alertar sobre la importancia de los vínculos afectivos, donde se comparten elementos esenciales de la vida, permitiendo tejer lazos fuertes de confianza, diálogo, respeto, cariño, forjando la estabilidad emocional del niño, derivado de la unión de padres e hijos, que va más allá de una simple relación de parentesco, traspasando la relación con el otro, favoreciendo canales de desarrollo afectivos adecuados, como lo enuncian en sus investigaciones Contreras y Arrazola (2013), quienes señalan la importancia de los vínculos seguros, los cuales garantizan una relación más estable, mantenida en el tiempo, potenciando de esta forma una mejora en la calidad de vida.

Logrando también, ir modificando los patrones relacionales heredados, normas, roles, comunicación y jerarquías, que pueden afectar de manera directa a cada uno de sus miembros y la dinámica del sistema familiar, esperando que el sistema intervenido, pueda articular acciones de vínculos más seguros desmitificando la controversia del hijo único y regulando desde sus propios recursos las habilidades para la homeostasis del sistema familiar.

Se pudo reconocer también, que no es perjudicial ser hijo único, lo que afecta es la sobreprotección de los padres o cuidadores, causando inseguridad, dificultando el desarrollo social y más si no se posibilita ese interactuar, desde los jardines infantiles, los parques, los espacios de juego, permitiéndole a los hijos formar su propia versión del mundo (Sánchez, 2012).

Conclusiones

En relación al objetivo uno donde se analiza desde el enfoque sistémico las dinámicas familiares y sociales del sistema familiar que consulta, logrando verificar los elementos característicos de la familia que por voluntad propia, accede a los servicios de psicología en el Hospital San Pedro Claver y que para el caso, se posibilita la identificación de pautas interaccionales, alianzas, jerarquías, modos de vinculación, maneras de comunicación e idiosincrasia, que han venido afectando al sistema familiar y más específicamente al menor, portador identificado del síntoma y que para el caso tenía la función de mantener la homeostasis en la estructura del sistema familiar.

En cuanto al objetivo 2 se logró identificar las problemáticas del sistema familiar y su estructura mantenedoras de los síntomas en el consultante, desde la narrativa generada en el sistema familiar en torno al síntoma mantenido por cada uno de los miembros, desde la ausencia de normas, límites difusos y rígidos hacia el menor, alianzas madre e hijo, segregación del padre en los procesos incidentes del sistema, sobreprotección hacia el menor y mitos importados de otros sistemas.

En cuanto al objetivo 3, sobre la potencialización de los recursos propios en la familia para superar la situación alterante de la homeostasis, se pudo establecer en los padres, habilidades relacionales que dinamicen el aprendizaje en el menor y posibiliten en él, relaciones significativas ampliada más allá del apego hacia los padres, reconociendo que sus primeras experiencias juegan un papel importante en el modo en que se acercan a los demás, reflejando los antecedentes de su mundo social, sin olvidar

que la seguridad y el cariño que reciba el niño son importantes para afirmar un desarrollo social apropiado.

Además, reconocer que la familia está llamada para la construcción de espacios, que posibiliten la calidad de vida de sus miembros, estableciendo límites claros, normas precisas, tiempo en familia, estructuración clara de las jerarquías, fundamentando acciones que minimicen el riesgo de los vínculos inseguros, por consiguiente, la crianza de los niños debe ser una experiencia de vida gratificante que genere confianza y estabilidad en las relaciones del sistema familiar.

De igual forma, se insistió en que el niño no puede considerarse de manera aislada de su sistema familiar ya que son quienes inciden de manera directamente en la producción del síntoma, partiendo de una acción consiente de redefinición de los problemas, fomentando siempre el crecimiento del sistema familiar desde lo indicado por Páez et al. (2006), el apego seguro lo asocian a la salud mental desde la balanza de afectos positivos y satisfacción vital, rescatando y fortaleciendo los recursos propios familiares con los que cuentan, desde la comunicación más frecuente, posibilitando la expresión de sentimientos y pensamientos de cada integrante de la familia, la búsqueda de soluciones conjuntas, generación de un ambiente de mayor entendimiento, participación, afecto, límites, apoyo mutuo, tranquilidad y cuidado por el otro, reconociendo que son una familia funcional conformada por padre, madre e hijo, como red vital de apoyo primario, para quienes a partir del proceso adelantado, pudieron

desplegar cada uno de los recursos anteriormente mencionados y con los que cuentan, para la búsqueda constante de soluciones a los desafíos del día a día.

Se posibilita la co-construcción junto a la familia, de una nueva historia de vida, justo a la medida de sus recursos personales y familiares, contemplado desde la generalidad de sus interacciones, fortaleciendo las alianzas de los subsistemas y comprendiendo su interacción en el equilibrio que esperan conseguir.

Así mismo, se logró identificar la importancia de la intervención clínica desde el enfoque sistémico, que da cuenta de la dinámica del todo circular y los efectos sobre las familias y cada uno de los que la integran.

Referencias

- Ainsworth, M. D. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- Arnold Cathalifaud, M. & Osorio, F. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. *Cinta de Moebio*, (3) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10100306>
- Becerril, E., Álvarez, E. (2012). *La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida. Los vínculos afectivos, que establece el ser humano para la supervivencia (Tesis pregrado)*. Recuperado del Repositorio Abierto de la Universidad de Cantabria. G1373 Trabajos académicos [345].
- Beyebach, M. & Herrero, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona, España: Herder Editorial, S.L.
- Beyebach, M. & Rodríguez, A. (1995). *El ciclo evolutivo familiar: Crisis evolutivas*. Valencia, España: Promolibro.
- Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M & Cruzat, C. (2009). Aportes de la Teoría del Apego al Abordaje Clínico de los Trastornos de Alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(3), 217-226.

- Braziller, G. (1968). *Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Caro, R., Frías, P., Maturana, A., Quiroz, E. & Rioseco, F. (2000). *Conducta De Sociabilización De Hijos Únicos*. Recuperado de <http://www.oocities.org/heartland/farm/8810/investig/sociab1.html>
- Contreras, B. & Arrazola, E. (2013). Vínculo afectivo en la relación parento-filial como factor de calidad de vida. *Tendencias & Retos*, 18(1), 17-32. Recuperado de <file:///C:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-VinculoAfectivoEnLaRelacionParentofilialComoFactor-4929410.pdf>
- Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D & Montesano, A. (2012). *El Genograma en terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Universitat de Barcelona.
- Estupiñán-Mojica, J. (2005). Psicoterapia sistémica, psicología y responsabilidad social: la hipótesis de la convergencia entre sabiduría y conocimiento técnico. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2) 227-237. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910211>
- Fairlie, A. & Frisancho, D. (1998). Teoría De Las Interacciones Familiares. *Revista de Investigación en Psicología*, 1(2), 41 – 74. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n2/pdf/a02v1n2.pdf
- Farkas, C., Santelices, M. P., Aracena, M. & Pinedo, J. (2008). Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas. *Psykhé*, 17(1) 65-79. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96717107>

Flórez-Alarcón, L. (2006) La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologia*, 5(3), 681-693. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a20.pdf>

Fonoaudiólogos Wordpress (2012). *Test de articulación a la repetición*. Recuperado de <https://fonoaudiologos.wordpress.com/2012/10/30/test-de-articulacion-a-la-repeticion-tar/>.

García. A. (1995). Notas sobre la teoría general de sistemas. *Revista general de información y documentación*, 5(1), 197-213. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/RGID9595120197A/11463>

Kreuz. A. y Gammer. C. (1993). *Intervenciones sistémicas: El modelo de la terapia familiar fásica*. Recuperado de monografías del Colegio Oficial de Psicólogos de Valencia, España.

Lecannelier. F., Kimelman. M., González. L., Nuñez. C., y Hoffmann M. (2008). Evaluación de patrones de apego en infantes durante su segundo año en dos centros de atención de Santiago de Chile. *Revista Argentina De clínica psicológica*, 17,197-207. Recuperado de http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/660/racp_xvii_3_pp197_207.pdf

Ley 1616, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones, Congreso De La Republica.(2013).

Maganto, C. & Cruz, S. (1997). La técnica de juego en el psicodiagnóstico infantil. En A. Ávila Espada (Ed.): *Evaluación en psicología clínica*. (pp. 161-215). Recuperado de http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/20c.pdf

- Ministerio de Protección Social y Fundación FES Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Cali, Colombia: Gráficas Ltda.
- Moneta, M.E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena pediátrica*, 85 (3), 265-268.
- Organización Mundial de la salud (1946). Preguntas más frecuentes: ¿Cómo define la OMS la salud?. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Páez. D, Fernández. I, Campos. M, Zubieta. E & Mantilla. M. (2006). Apego Seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 12(3), 319-341.
- Pittman. F.(1990). *Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. México, D.F: Editorial Paidós Ibérica.
- Resolución número 1995, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Ministerio de Salud de Colombia. Art 1. (1999).
- Rizo-García, M. (2011). Razón y Palabra. Primera *Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación*, 75. Recuperado de http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/monotematico_75/29_Rizo_M75.pdf
- Rodríguez. L & Peláez. J. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 75-84. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7035>
- Sánchez. C. (2012). *Orden de nacimiento y su influencia en la personalidad de los niños*. (Tesis inédita pregrado). Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango, Guatemala.



**Especialización en
Psicología Clínica
MONOGRAFÍA**

Vives-Gomila, M. (2007). *Psicodiagnóstico clínico infantil*. Barcelona, España:
Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.