



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA**

**PROCESO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CLÍNICA DESDE EL ENFOQUE  
SISTEMICO EN FAMILIAS CON PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO DE  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, PERTENECIENTES AL CENTRO DE ESCUCHA Y  
ORIENTACIÓN DE LA FUNDACIÓN RESERVA MORAL DEL MUNICIPIO DE SAN  
GIL (SANTANDER).**

**INFORME DE PRACTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**EDDY SOFIA AYALA PIINEDA**

**BUCARAMANGA**

**2015**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA**

**PROCESO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CLÍNICA DESDE EL ENFOQUE  
SISTEMICO EN FAMILIAS CON PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO DE  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, PERTENECIENTES AL CENTRO DE ESCUCHA Y  
ORIENTACIÓN DE LA FUNDACIÓN RESERVA MORAL DEL MUNICIPIO DE SAN  
GIL (SANTANDER).**

**EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR AL  
TITULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**EDDY SOFIA AYALA PIINEDA**

**Asesora:**

**Psic. Esp. RUBIELA MUÑOZ MEJIA**

**BUCARAMANGA**

**2015**

<b>Contenido</b>	<b>Pág</b>
Resumen	7
Abstract	8
1. Introducción	9
2. Referente conceptual	12
3. Objetivos	37
4. Metodología	37
4.1. Población	
4.2. Muestra	43
4.3. Instrumentos	44
4.4. Procedimiento de caso escogido	46
5. Formulación de caso clínico	47
5.1. Información general del caso	
5.2. Descripción del motivo de consulta	48
5.3. Análisis descriptivo	49

5.4 Análisis explicativo	50
5.5 Intervención propuesta	53
5.5.1 Objetivo general de la intervención	
5.5.2 Objetivos específicos de la intervención	
5.6 Resultados	62
5.7 Comentarios	75
6. Discusión	76
7. Conclusiones	79
8. Referencias	82
Anexos	88

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Anexo 2. Formato Historia clínica

Anexo 3. Cuestionario de Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

Anexo 4. INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

Anexo 5 . Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar Faces III de Olson, Russell y Sprenkle.

Anexo 6. Fotografías

## LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Genograma	112
Gráfico 2. Comparación de Resultados Escala de gravedad de síntomas de Trastorno de estrés postraumático.	113
Gráfico 3. Comparación de Resultados Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis	114
Gráfico 4. Comparación de Resultados Inventario de ansiedad rasgo-estado de C.D. Spielberger y R. Diaz- Guerrero.	115

**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** PROCESO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CLÍNICA DESDE EL ENFOQUE SISTEMICO EN FAMILIAS CON PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, PERTENECIENTES AL CENTRO DE ESCUCHA Y ORIENTACIÓN DE LA FUNDACIÓN RESERVA MORAL DEL MUNICIPIO DE SAN GIL (SANTANDER).

**AUTOR(ES):** EDDY SOFIA AYALA PINEDA

**FACULTAD:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** RUBIELA MUÑOZ MEJIA

**RESUMEN**

La presente práctica clínica tuvo por objeto la evaluación e intervención desde el Enfoque Sistémico de cuatro (4) pacientes que solicitaron atención a través del Centro de Escucha y Orientación de la Fundación Reserva Moral del Municipio de San Gil (Santander) , reconocida como Institución Social de carácter comunitario dedicada a la promoción, prevención y tratamiento de problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Con base en el enfoque sistémico, la fase de evaluación se ejecutó en siete (7) sesiones mediante entrevistas, observación y aplicación de pruebas; entre los cuatro consultantes se seleccionó el caso de una mujer adulta con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático con quien se trabajaron un total de siete (7) sesiones para esta fase. Se define como problema la dinámica caracterizada por el temor, inseguridad, culpabilidad, baja autoestima y desesperanza ante los cambios en su vida y la vida de su familia. El Trastorno de Estrés Postraumático, se visualizó como un un mensaje que denuncia un conglomerado de comportamientos desadaptativos en las relaciones; síntomas que emergen desde las tensiones y estresores propios de la cotidianidad familiar y donde el problema es la dificultad del sistema para transitar de un modo de organización vital que incluye el síntoma a uno nuevo donde no lo requiere. La fase de intervención se llevó a cabo durante ocho(8) sesiones y se apoyó de técnicas como la reformulación y reestructuración cognitiva, la prescripción paradójica, la escenificación, y el apoyo de elementos de orden narrativo como la personificación, la externalización y deconstrucción de relatos saturados del problema que posibilitaron en la paciente y su familia, según el objetivo propuesto, la construcción de una nueva visión de sí mismos, de las dificultades y del significado de ser personas y de ser familia.

**PALABRAS CLAVES:**

Evaluación, Intervención, Estrés postraumático, Síntoma, Relaciones, Tensiones, Enfoque Sistémico.

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** EVALUATION PROCESS AND INTERVENTION FROM CLINICAL SYSTEMS APPROACH IN FAMILIES WITH CONSUMER OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES BELONGING TO LISTEN AND GUIDANCE CENTER OF THE FUNDACION RESERVA MORAL IN SAN GIL (SANTANDER).

**AUTHOR(S):** EDDY SOFIA AYALA PINEDA

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** RUBIELA MUÑOZ MEJIA

**ABSTRACT**

This clinical practice had for object the evaluation and intervention from the systems approach of four patients who solicited attention through the listening and orientation center of the Foundation Reserva Moral in San Gil (Santander), recognized as community-based social institution dedicated to the promotion, prevention and treatment of problems related to the use of psychoactive substances. With base on the sistemic focus, the evaluation phase was done on seven sessions through interviews, observation and testing application; among the four among the four consultants the case of an adult woman with a diagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder was selected with whom worked a total of seven (7) meetings for this phase. It means as a problem it is defined as problem dynamics characterized by fear, insecurity, guilt, worthlessness and hopelessness to changes in her life and the lives of her family. Posttraumatic Stress Disorder, is visualized as a message which denounces a conglomerate of maladaptive behaviors in relationships, symptoms which emerge from the tensions and stressors of everyday family life and where the problem is the difficulty of moving from one system to mode organization that includes vital sign a new one which does not. The intervention phase was conducted for eight (8) sessions and supported the reformulation techniques and cognitive restructuring, the paradoxical prescription, staging, and supporting elements of narrative order as the personification, outsourcing and deconstruction of the problem saturated stories that enabled the patient and his family, according to the proposed objective, the construction of a new vision of themselves, the difficulties and the meaning of being human and being a family.

**KEYWORDS:**

Evaluation, intervention, post-traumatic stress, symptom, relationships, Stressors, strains, Systems Approach.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## Introducción

El interés alrededor de las problemáticas familiares y la relación existente entre la violencia de pareja, el uso de sustancias psicoactivas y los trastornos que afectan a hombres y mujeres, derivados de dinámicas familiares alteradas abre espacios a la visualización, análisis y tratamiento oportunos y se convierten en el escenario propicio para la práctica de habilidades del psicólogo clínico quien aporta desde su conocimiento al ejercicio psicoterapéutico desde las más recientes propuestas interventivas.

A nivel nacional, los resultados del estudio Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia en Cali, Colombia, (Canaval, González, Humpreys, De León y González, 2009) demuestran que un alto porcentaje de mujeres que consultan las comisarías por maltrato presentan distrés psicológico, estrés postraumático y trastornos de somatización (histeria crónica). Igualmente, los primeros síntomas que evidencian son depresión e ideación paranoide. Estas variables se corresponden con los resultados obtenidos por Fernández y Fajardo (2002) y con Medición del distrés psicológico de las mujeres maltratadas, Medellín 2003 (Jaramillo, Uribe, Ospina y Cabarcas, 2006a) en los cuales se enfatizó en que las mujeres maltratadas —en comparación con las no maltratadas— sufren del trastorno de somatización y un alto nivel de neuroticismo, que las lleva a ser más conflictivas en sus relaciones sociales, sentirse inferiores, ser más depresivas y desarrollar trastornos de ansiedad.

(Sánchez, 2014, p. 9)

La presente práctica en psicología clínica que incluyó evaluación e intervención con familias con problemáticas relacionadas, entre otras, con el consumo de sustancias psicoactivas se adelantó en la Fundación Reserva Moral del Municipio de San Gil, Institución de servicio social que a través del Centro de Escucha y Orientación para Jóvenes y familias afectadas por el fenómeno de la adicción ofrece acompañamiento en evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las conductas clínicamente relevantes que afectan el desarrollo integral de las personas, las familias y la sociedad.

La duración de la práctica clínica fue de 120 horas distribuidas en 60 horas para la evaluación clínica y 60 horas dedicadas a la intervención psicoterapéutica.

La población usuaria de los servicios está representada, minoritariamente por jóvenes que acuden voluntariamente al Centro de Escucha en busca de opciones y mayoritariamente por padres de familia, madres de familia y cónyuges que acuden con historias de consumo asociadas a violencia familiar y otras conductas delictivas que atentan contra la salud, la armonía y los derechos de las personas a contar con espacios saludables y enriquecedores para su crecimiento y desarrollo integral.

Para el desarrollo de la práctica clínica fueron seleccionadas cuatro (4) familias atendiendo a los criterios de presentación de comportamientos clínicamente relevantes tales como ansiedad por consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad por dificultad para el manejo de circunstancias familiares asociadas al consumo de sustancias psicoactivas y la condición de enfermedad (VIH/SIDA), ansiedad por dificultades en la crianza de los hijos por la presencia de un hermano en situación de consumo de

sustancias psicoactivas; Igualmente la selección de las familias se realizó teniendo en cuenta su nivel de responsabilidad y compromiso con el proceso terapéutico, ofreciéndoles opciones de atención de una (1) y dos (2) horas semanales de acuerdo a su disponibilidad, en horarios de atención los días Martes y Jueves de dos (2 p.m.) a seis (6 p.m.), en las Instalaciones de la Fundación Reserva Moral ubicadas en la Calle 20 # 9 14, barrio El Vergel del Municipio de San Gil.

La Fundación Reserva Moral cuenta con instalaciones adecuadas para la atención terapéutica consistente en sala de espera y consultorio donde adelantar las correspondientes actividades al igual que un amplio salón para los encuentros grupales; el costo de los servicios varía de acuerdo a la disponibilidad económica de los usuarios yendo de consulta gratuita hasta una tarifa de treinta mil pesos (\$30000) por sesión.

El enfoque seleccionado para la atención clínica a las personas y familias fue el Sistémico por considerarse el enfoque de mayor acogida en cuanto al abordaje de las problemáticas personales y familiares más allá de la naturaleza de los síntomas y privilegiando las dinámicas interaccionales que dan sentido a las diversas maneras de significar los acontecimientos cotidianos.

#### Referente conceptual

La violencia contra las mujeres en la relación de pareja produce serias consecuencias en la salud mental de las víctimas (Buesa y Calvete, 2013) incluyendo con frecuencia cuadros como el trastorno por estrés postraumático TEPT, donde la

emergencia de los síntomas está ligada con dos aspectos claramente diferenciados como son el grado y proporción del trauma y las características del individuo que lo experimenta (Ojeda y García, 2011).

Los acontecimientos traumáticos entendidos como situaciones relacionales en las que los individuos experimentan pérdida significativa de su propia valía, de su capacidad para afrontar las condiciones adversas y de la percepción del contexto incluyendo los referentes de apoyo, por periodos prolongados en el tiempo, constituyen frecuentes motivos de consulta psicoterapéutica dada su incidencia como obstáculo en el natural avance del desarrollo personal, familiar y social de hombres y mujeres.

Numerosos estudios entre ellos el de Gómez y Crespo (2012) , ). Sintomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos, destacan la importancia de analizar el trastorno por estrés postraumático a partir de las variables que determinan que la persona catalogue y viva el acontecimiento como traumático tras la experiencia y que presente la sintomatología asociada al trastorno, más allá de lo adaptativo. Dichas variables hacen referencia a la historia personal que engloba las condiciones de abordaje de vivencias anteriores y conductas de negación y evitación presentadas ante otros acontecimientos traumáticos, el nivel de salud física y mental premórbido, el apoyo social percibido durante el acontecimiento y la autoeficacia percibida.

El estudio mencionado se refieren al análisis y la descripción clínica del cuadro y por lo tanto la sintomatología presente en la víctima de diferentes acontecimientos donde se observó que unos síntomas prevalecen sobre otros e incluso, algunos síntomas aumentan la probabilidad de desarrollar trastorno por

estrés postraumático. Dentro del mismo estudio mencionado se cita a Echeburúa y Corral, 1995 quienes señalan determinadas características propias del acontecimiento como facilitadoras para el inicio del TEPT como son la intensidad del acontecimiento, la alta frecuencia en sus ocurrencias, la exposición a acontecimientos traumáticos desde edad temprana y que el agente causante sea un ser humano.

De acuerdo con Cáceres, Labrador, Ardila y Parada (2011) a pesar de que el TEPT es el principal trastorno relacionado con el trauma psicológico, se ha observado que comparte síntomas con la ansiedad refiriéndose específicamente a la hiperactivación fisiológica y cognitiva en relación con la rumiación de pensamientos; también la violencia psicológica desencadena ansiedad extrema que suele ser frecuente e impredecible, conlleva una respuesta de sobresalto y alerta permanente. (p. 17).

La aparición de los síntomas puede darse durante los primeros tres meses posteriores al trauma que de igual manera puede darse lapsos temporales de meses o de años antes de que el cuadro sintomático se presente; en la mayoría de casos no remite espontáneamente por lo que requiere tratamiento específico el cual habrá de tener requerimientos de acuerdo a la evaluación exhaustiva del caso, las características del paciente, el tiempo transcurrido, etc.(p.18).

Es importante considerar la magnitud del cuadro sintomático cuando el hecho traumático se produce en la infancia. (Cáceres et al., 2011) destaca como a través de una relación terapéutica acompañada de la técnica y estrategias psicoterapéuticas

adecuadas es posible la recuperación del equilibrio y en general del bienestar emocional del paciente.

En cuanto al estudio de los daños ocasionados por el TEPT, Seijas, (2012) destaca el deterioro significativo a nivel personal, social, laboral y de otras áreas importantes y aunque los aspectos neurológicos solo se tocan como información en la presente práctica clínica, los estudios analizados no ofrecen consistencia en cuanto al rendimiento neuropsicológico en el TEPT debido a que el desempeño cognitivo puede estar influido por variables como la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y el nivel de inteligencia premórbido.

La tendencia de las víctimas a revivir los acontecimientos con intensidad, frecuencia y de forma involuntaria tanto de día, mediante recuerdos y pensamientos intrusivos y en las noches con presencia de pesadillas, conlleva una fatiga continua por miedo constante que representa amenaza, desesperanza aprendida, hipervigilancia y estado excesivo de alerta. Cáceres, Labrador, Ardila, y Parada, (2011).

La afectación mnésica es la más citada por los autores, específicamente por Seijas, R (2013) quien expresa la gran mayoría de estudios revisados reportan alteraciones de la memoria que describen la influencia del cortex prefrontal dorsolateral lo que explica la Re experimentación del trauma o recuerdo del episodio traumático. La afectación neuropsicológica de los pacientes con TEPT y las alteraciones cerebrales comprende un déficit ejecutivo en el control de la información procesada (recuperación involuntaria de imágenes del trauma), y en la focalización y mantenimiento atencional sobre estímulos relacionados con el evento traumático (que podría corresponder a las conductas de evitación características. En resumen, son implicaciones en el TEPT la

reducción del tamaño hipocampal, y del cortex prefrontal dorsolateral, hiperactividad del cortex somatosensorial, las estructuras subcorticales límbicas y del sistema hormonal del eje hipotalámico, junto a la hipoactivación del cortex prefrontal dorsolateral.

Considerando la magnitud del daño y la necesidad de atención especializada, Amadeo, (2011) destaca la importancia de una alianza terapéutica como primer paso en la construcción de un contexto terapéutico que ofrezca al paciente seguridad y confianza genuinas, esmerándose el terapeuta en brindar lo que Rogers, Gendlin, Kiesler y Truax (1999) llamaron “condiciones facilitadoras” para el establecimiento de una relación terapéutica basada en la empatía, la autenticidad y la aceptación positiva.

Acontecimientos traumáticos como la violencia de pareja y de género desencadenan estados de alteración de tal intensidad que asociados a las condiciones y características personales ya mencionadas dan paso al cuadro sintomatológico de TEPT.

la violencia pone en riesgo la salud de todos los involucrados, reduce las defensas psíquicas, incrementa el riesgo ante enfermedades existentes y desencadena nuevas alteraciones, inhibiendo o limitando las capacidades participativas y colaborativas de la familia, deteriora la comunicación produciendo esquemas de dialogo incompletos, incongruentes y saturados de hostilidad, distancia afectiva y físicamente a las personas, hace rigidizar las jerarquías impidiendo ver las potencialidades y capacidades de las familias, disminuyendo las posibilidades de enriquecerse mutuamente en el compartir de vivencias y aprendizajes. Este tipo de comportamientos obedece en gran medida a legados de tipo cultural que imprime significados como “*la cruz que le tocó cargar*” o “*es*

*que usted es mujer y él es hombre*” que en muchas ocasiones permite perpetuar la violencia de género (Delgadillo, Vargas, Nievar, Arguello y Gonzalez (2013).

Al revisar creencias y costumbres asociadas al fenómeno, De Alencar-Rodriguez y Cantera (2013) reconocen como factores de mantenimiento de la violencia de género en la pareja, la justificación de la actitud del agresor que encierra auto responsabilizarse por alterar o provocar su ira, tomar decisiones o realizar acciones en contra de su voluntad y en general salir de los límites por él demarcados, y la decisión de acogerse a dichos estándares como una forma de vida, lo cual contribuye a la perpetuación y normalización del círculo de la violencia.

En la actualidad la mujer empieza a tolerar y a emplear menos violencia. Algunos autores proponen que esa violencia ejercida por las mujeres es solo una forma de defensa (Woodin y O’Leary, 2009). Así mismo los grupos de defensa de los Derechos Humanos y organizaciones que estudian el tema sobre hombres, denuncian la violencia que ejercen algunas mujeres contra sus parejas y también que las mujeres pueden ser tan violentas como los hombres. (Cáceres, et al., 2011).

Al respecto, Delgado, Sánchez y Fernández (2012) expresan que

Los roles de género aparecen ligados al concepto de “estereotipo de género” concebido como un proceso de construcción psíquica que engloba diversos atributos, que tiene un carácter funcional y evolutivo con posibilidad de cambio.

El ciclo de la violencia puede estar asociado a la existencia de un patrón relacional que presenta actitudes tradicionales desde el rol de género femenino el cual es asimilado por la mujer que cotidianamente acepta ubicarse en subordinación al poder del hombre fuerte, proveedor, que administra autoridad,

representa el orden por lo tanto exige sin reconocer valor alguno en sus súbditos. (p. 33).

La identificación del constructo “masculinidad” y “feminidad” ofrece posibilidades de análisis de diferencias y de oportunidades para romper los estigmas que asignan arbitrariamente condiciones que impiden y/o inhiben, por postulados culturales, mandatos familiares, entre otros, el desarrollo, la libre expresión y que tarde o temprano derivará en sentimientos de hastío, constreñimiento o desesperación, donde posiblemente reaccione con igual o más violencia. (p. 34).

Gómez, Cifuentes y Ortún (2012) citan a Barudy (2005) y a otros diciendo:

En el trasfondo de las múltiples dificultades y factores de estrés, en alquimia con características personales de vulnerabilidad, es muy probable que el maltrato físico o el emocional, el descuido y la negligencia parental y la violencia de pareja se instalen como una forma habitual de interacción y resolución de conflictos.

Ante la posibilidad de dichos modos de configuración donde se conjugan características y condiciones singulares, se precisa la acción de instancias de asistencia, de apoyo, acompañamiento de orden legal, psicológicas, sociológicas, educativas, etc. Aunque en los países latinoamericanos se presta escasa atención al desarrollo, evaluación y difusión de programas de apoyo a las familias, en la última década se visualiza interés por el cambio de paradigma hacia una cultura del cuidado, de la construcción de entornos saludables que propicien un crecimiento armonioso de la familia. (p.18)

Desde el estudio de Ibañez, Linares, Vilaregut, Virgili y Camprecios (2012) el interés por el futuro de las relaciones familiares y su organización de cara a las visibles transformaciones que viene experimentando la familia como la monoparentalidad, la interculturalidad, reconstitución familiar, las parejas homosexuales, etc, y con ellos los fenómenos como la postergación de la edad para casarse y procrear , la disminución del número de hijos, la edad de emancipación de los hijos, el aumento en el número de divorcios, toda una dinámica que introduce cambios trascendentales en la familia donde emergen a su vez nuevas modalidades de conflicto y nuevos retos en el campo del conocimiento.

Según Ibañez, et al. (2012), la epistemología sistémica se ha dedicado al estudio y comprensión de la visión de la familia como un todo, un sistema dinámico en el que a menudo, el comportamiento de uno de sus miembros puede ser comprendido a través de la comprensión del comportamiento de los restantes, así como se ha considerado que las actitudes, comportamientos y estilos educativos parentales son relevantes para la comprensión de la aparición y mantenimiento de trastornos mentales como trastornos adaptativos, trastorno del estado del ánimo, abuso de sustancias, trastornos psicóticos, entre otros.

De acuerdo con el modelo bidimensional de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas, Linares (2006), citado por Ibañez, et al., 2012, la atmósfera relacional de la familia se fundamenta en dos funciones relacionales básicas que son la conyugalidad y la parentalidad.

Según esta teoría, la atmosfera relacional de la familia de origen viene por dos dimensiones que representan: a) la forma de interacción entre la pareja conyugal y b) la

forma en que dicha pareja se comunica con sus hijos, dimensiones que son independientes pero se influyen mutuamente. Las familias donde existe una conyugalidad armoniosa, es decir, la pareja poseen habilidades para resolver conflictos cotidianos y desarrolla capacidades para mantener un clima nutricional a nivel emocional-cognitivo y pragmático entre ellos mismos y con sus hijos, son familias donde se da la mayor probabilidad de que sus integrantes se desarrollen plenamente a nivel físico, psicológico y social.

Cuando la conyugalidad se deteriora por separación o divorcio, la conyugalidad no se termina, solo se transforma en post-conyugalidad que continúa observando y cuestionando el estilo con el que la ex pareja negocia los asuntos que tienen en común, especialmente las relaciones con los hijos.

Los dos quedan en el espacio entre la armonía y la desarmonía y la combinación entre conyugalidad y parentalidad definen el nivel de nutrición relacional de la familia, lo cual ejerce influencia definitiva en el desarrollo de la personalidad y de la salud mental de los hijos.

Richaud, Mesurado, Samper-García, Llorca, Lemus, y Tur (2013) refieren que

los estilos parentales se basan en variaciones en los niveles de las dimensiones parentales de aceptación (calidez y afecto), exigencia paterna (control parental) y autonomía otorgada, lo que tiene que ver con el desarrollo y bienestar en el proceso formativo de modo que si se usa una disciplina estricta y coercitiva para controlar a los niños buscando que sean sumisos, esto les paraliza emocionalmente impidiéndoles la expresión de su malestar.

Son padres castigadores, rígidos, constriñen la expresión de la opinión y los sentimientos; manejan prohibiciones, exigencias extremas, obediencia y cumplimiento, pudiendo provocar en los hijos falta de auto confianza, hipercontrol, baja autoestima, baja autoeficacia, dificultades en toma de decisiones e inseguridad.

Los padres permisivos hacen que los niños y niñas desarrollen baja autoestima, bajo autocontrol, comportamientos agresivos e irresponsables.

La negligencia por su parte, supone aceptación plena de los cambios comportamentales del hijo sin restricciones ni límites, lo que impide la autorregulación llevándolo a estados de inestabilidad emocional que deriva en conductas agresivas y desviadas.

La calidad de la crianza juega papel significativo en el ajuste social y emocional de los hijos (Aseltine, 1995; Smith & Krohn, 1995) independiente de su contexto socioeconómico. Si por ejemplo los niños en vulnerabilidad social presentan muchas veces más dificultad para reconocer sus propias emociones y controlarlas, en comparación con niños de otros contextos socioeconómicos, y si dicha condición se asocia a poca habilidad de los padres en ese sentido debido a circunstancias específicas de vida y manejo del estrés, (Kaiser & Delaney, 1996) encontraron que las formas en que los estilos parentales afectan el desarrollo de los hijos, según un patrón que se mantiene: se supone que siempre que el estilo parental es disfuncional, ya sea excesivamente controlador o indebidamente permisivo, el niño tendrá un desarrollo emocional inadecuado y como resultado, dificultades en las relaciones psicosociales.

En los casos de familias monoparentales viviendo en condiciones de riesgo psicosocial por dificultades económicas, como lo refiere el estudio de Olhaberry y Falkas (2012) madres a cargo del hogar, con escasez de recursos económicos, ven limitadas las posibilidades de brindar una adecuada nutrición y atención a sus hijos afectando su estado emocional y su percepción de autoeficacia en relación con sus competencias maternas; recientemente, Falkas y Valdés (2010) citado por Olhaberry (2012), demostró que

las características familiares, especialmente la cantidad de personas que vivían en el hogar, el ingreso *per cápita* y la edad de la madre, eran relevantes para explicar el estrés materno en comparación con las características de los niños; se analizó la relación entre ingresos bajos y edad de los hijos observándose promedios más altos de estrés en madres pertenecientes a hogares monoparentales donde la crianza era adelantada sin la participación y cooperación del padre.

Tanto en familias nucleares como monoparentales, las capacidades, habilidades y prácticas requeridas para ofrecer a los hijos las oportunidades de crecimiento conforme a un constructo conocido como competencias parentales, las cuales cumplen un papel fundamental en la crianza y bienestar de los hijos e hijas siendo en sí mismas herramientas con las que cuentan para el cuidado afectivo y material que los niños requieren para su desarrollo evolutivo y social. (Urzúa, Godoy, Ocayo, 2011).

La percepción en cuanto a capacidades para resolución de conflictos al interior del hogar, tiene una función en el desarrollo social, educativo, intelectual, afectivo y emocional de la familia y resulta clave para el desarrollo del individuo, fomenta la

evolución personal y permite adquisición de habilidades comunicacionales, desarrollo de la autonomía y un nivel de calidad en la interacción padres- hijos que nutre el vínculo parental mutuo y se rebela en una conexión de confianza que posibilita el desarrollo emocional pleno y saludable. (Urzúa, et al.,2011).

Por otra parte, el comportamiento de una persona no se entiende solo como determinado por sus características individuales (biológicas y psicológicas) sino que se entiende en el contexto relacional donde ocurre sea la familia, la escuela, el trabajo, la comunidad. En este sentido se asume que las relaciones de las que se es parte, inciden en gran medida en la conformación de la subjetividad.

El acercarse terapéuticamente al mundo de las personas en situación de exclusión social, con actitudes, habilidades, costumbres, acciones, sentimientos y pensamientos particulares configurados en un entorno que le es propio pero que escapa a parámetros definidos y pensados cultural y legalmente para garantizar el desarrollo integral de la niñez y de los demás integrantes del sistema familiar. En el trabajo psicoterapéutico la disfunción se involucra con dignidades vulneradas, por lo que se requiere de la inclusión, en el metacontexto, de cada uno de los profesionales involucrados con el fin de definir el contexto de la intervención en conexión con la red social relevante. Vals, Campos, Correa, Gazmuri, Pemjean y Vio (2012).

Con respecto a la importancia de la actitud empática del terapeuta en contextos de exclusión social, Vals et al.,2012 continúa explicando que

El lugar desde donde se observa y se explica la realidad influye en la construcción que hacemos de esta. O sea que, las observaciones no son absolutas sino relativas con respecto al punto de vista del observador.

Lo anterior ilustra la pertinencia de no dar por “verdad” las observaciones de un terapeuta, de modo que la puntuación que se hace de los hechos observados no restrinja la capacidad de comprensión del sistema familiar que se atiende.

La intervención en el mundo de la exclusión social requiere actitud de aceptación y mirada global hacia los códigos, significados y atribuciones de las personas que generalmente son distintas a los códigos, significados y atribuciones de los terapeutas, lo que evita la imposición de opciones que dista de los intereses y sistemas de significados (p. 56).

Así como la terapia familiar nació con la idea de que los problemas de un individuo adquieren un sentido diferente cuando se ubican en contexto, también en el espacio de la intervención psicosocial las miradas se amplían y enriquecen si se acoge el sistema amplio donde se exponen, visualizan y movilizan las expectativas mutuas, las interacciones y los resultados; se necesita complejizar la mirada, reconocer que las familias y los sistemas se vinculan y desvinculan y tener en cuenta las características sociales y culturales de esos vínculos.

De acuerdo con Macías, Valle y Zambrano (2013) la familia se considera como un grupo complejo que elabora su propia lectura de la realidad, es decir que la familia funciona con su propio sistema de normas que la rigen y orientan.

En este sentido los miembros pertenecientes acogen su lugar dentro del sistema lo cual le asigna roles con los cuales se identifica, comparte e influye a los demás miembros.

Las modalidades de organización familiar como la nuclear, monoparental extensa dan cuenta de las particularidades que la rigen y otorgan sentido; la familia extensa en

una forma habitual de familia en la que tres generaciones comparten un espacio físico e interaccional viéndose la convivencia de abuelos, padres e hijos. Es el tipo de familia más frecuente en ambientes rurales (De Andreis y Guinea (2012).

Tanto la madre como el padre constituyen figuras significativas para los hijos e hijas y los dos juegan un papel trascendental en el desarrollo cognitivo y socioemocional de ellos. Hoy tienden a derrumbarse estereotipos y mitos que antaño hacían ver la masculinidad y la feminidad como categorías diferentes y mutuamente excluyentes en que el individuo estaba condenado a encajar; los padres, a través de la socialización se inscriben más cercanos a sus hijos, interactúan más allá de su rol proveedor como sostén económico y autoritario por la exigencia y la figura estereotípica de “*mano dura*” para corregir.

El marcado interés por involucrarse en la esfera emocional, educativa, de atención, nutrición y recreación, imprime un nuevo significado y nuevas formas de entender la masculinidad, lo que derrota progresivamente la categorización dicotómica que, como construcción cultural atrapa, limita e impide el desarrollo integral de la identidad. Moreno y Stange (2015).

Para los jóvenes, el sentido de pertenencia y de apoyo emocional de las figuras primarias de afecto es una necesidad constante, sin embargo, aunque se verifique una disminución de la demanda física en la adolescencia y la adultez, la proximidad emocional es un factor de seguridad capaz de garantizar su bienestar psicológico. (e.g.,Holmes, 2001; Wilkinson & Walford, 2001).

Según algunos investigadores, el apoyo de los padres en virtud del bienestar de los jóvenes tiene un efecto positivo en los niveles de autoestima que además parece

interferir en la reducción de síntomas depresivos (e.g. Elkington, Bavermeister & Zimmerman, 2011; Parker & Benson, 2004).

A su vez, el desarrollo de una imagen positiva de sí mismos como elemento digno de afecto y aceptación de los padres parece reflejar un apego seguro que conduce a una mayor autoestima y menores niveles de depresión. ( e.g. Irons & Gilbert, 2005; Shaw & Dallos, 2005).

Recientemente Mota y Matos (2010) destacan la idea de que uno de los mayores protectores de los conflictos de lealtad- coalición y triangulación, es la calidad de la relación con los padres. Estudios han señalado el efecto de la triangulación y dela coalición en el bienestar de los jóvenes poniendo de relieve la baja autoestima, problemas de conducta, depresión y ansiedad (e.g. Buchanan & Heiges, 2001; Franck & Buehler, 2007; Gerard, Buehler, Franck & Anderson, 2005).

Izquierdo y Gómez (2013) expresan a propósito de la dependencia afectiva: “el primero en hablar de amor nocivo fue Platón (427 aC – 347aC) que sugirió el término amor “amor posesivo” para describir a aquellas personas que realizaban persecución del otro con un objeto al que quería devorar. (p. 82).

Para autores como Echeburúa y del Corral (1998), citados por Izquierdo y Gómez, 2013 “la dependencia afectiva es un trastorno de la personalidad caracterizado por un patrón crónico y estable a lo largo de la vida con síntomas variados como depresión reactiva, trastornos obsesivos o síndromes desadaptativos”. (p. 82).

Por su parte, Cubas, Espinosa, Galli y Terrones (2004) la definen como un trastorno adictivo, en el que el objeto que provoca la adicción es la relación de pareja. El patrón

de dependencia afectiva se caracteriza por comportamientos que afectan las relaciones interpersonales dependiendo de la clase de vínculo que el sujeto tenga con las personas significativas. (Becoña, 1996).

Dichas conductas se asocian a personas con vínculos ambivalentes, con dificultades para establecer y mantener vínculos afectivos y con alto nivel de expectativa hacia la satisfacción de necesidades, de aprobación y compañía, por lo cual se someten a condiciones diversas a cambio de un poco de reconocimiento y atención (vínculo supuesto) que permanece en el tiempo y ocasiona progresivamente sentimientos de angustia, frustración y pérdida, que a su vez constituyen grandes fuentes de estrés.

El estrés, fenómeno entendido como acumulación de demandas físicas o psicológicas que sobrepasan la poca o mucha capacidad individual de afrontamiento o resolución , provoca un estado ansioso en el sistema, desencadenado en crisis inducidas por elementos diversos que pueden ser cualquier estímulo, externo o interno, que de manera directa o indirecta desestabilice el equilibrio dinámico del organismo. Macías, Madarriaga, Valle y Zambrano (2013).

Las crisis conceptualizadas como eventos que producen cambios en el sistema social, familiar o de una comunidad y tratan de desajustarlo (Mc Cubbin & Mc Cubbin, 1998), activando las capacidades de dichos sistemas hacia el afrontamiento en defensa de su estabilidad y bienestar, acogiendo los recursos individuales, intrafamiliares y comunitarios posibles para hacer frente a la crisis. Ante los eventos críticos, los miembros del sistema configuran procesos interactivos en los que influyen mutuamente desde su propio rol en una especie de juego que

determina el modo, la intensión y la intensidad de la habilidad de afrontamiento ante situaciones nuevas que demandan el concurso personal y/o grupal.

Frente a la importancia del entorno como el nicho formativo del ser humano, Medellín, Rivera, López, Kanán y Rodríguez (2012) señalan que “la familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, los cuales constituyen la estructura familiar” , muestra la forma en que las familias se organizan de acuerdo con las demandas funcionales que tiene, ante los cambios que afronta de acuerdo a su ciclo vital del desarrollo, los sucesos estresantes, las tensiones propias del proceso vital y los recursos disponibles, con un estilo pertinente y significativo de funcionamiento familiar. (p.150).

Macías et al., (2103) refieren que los recursos con los que los sujetos y los sistemas responden ante las crisis en procura de su estabilidad y bienestar, se constituyen en estrategias de afrontamiento de naturaleza física o psicológica que se ponen en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Los procesos de afrontamiento suelen ser tanto de orden individual, como el despliegue de habilidades personales para aceptar los acontecimientos y movilizar recursos para superar el estrés; también están los que se presentan como mediadores en el ámbito social cuando se trata de afrontar crisis normativas o no normativas con el propósito de recuperar o mantener el equilibrio y garantizar el bienestar de los miembros.

De Alencar y Cantera (2013) dan importancia a los recursos personales que como conjuntos de emociones y comportamientos presentes en las acciones de las mujeres víctimas de violencia de pareja y/o de violencia de género activan oportuna o

tardíamente para poner fin o reducir el maltrato. La idea del afrontamiento surge inicialmente de la teoría psicoanalítica por explicar las defensas del yo relacionado con la preservación de la integridad psíquica. En los años 70 se pasó a denominarlas estrategias de afrontamiento de proceso, como esfuerzos cognitivos y comportamentales para manejar el estrés que cambian con el tiempo y dependen del contexto donde tienen lugar. En ocasiones en una persona o una familia confluyen variedad de situaciones traumáticas simultáneas a las que se precisa dar curso y ubicar soluciones acordes con las características de los individuos implicados como de los traumas específicos y su relación con el entorno.

Se trata de familias multiproblemáticas mencionadas en el estudio de Rodríguez (2013) donde encontró que “muchas familias que compartían la misma situación de privación plantearon como el mejor de los recursos el contar con elementos llamados por ellos “ambición, esperanza y lucha por un futuro mejor”, a pesar de los obstáculos”. A propósito de la capacidad que reúne elementos de gran valor tanto individual como colectivo capaz de movilizarse ante los conflictos y desastres de la vida, el estudio adelantado por Monroy y Palacios (2011) a lo largo de la vida se encuentran situaciones diversas que conllevan más o menos carga de estrés, donde algunas de ellas pueden desencadenar estados patológicos. Sin embargo se posee generalmente la capacidad para adaptarse a dichas experiencia, cambios, modificaciones, crisis, movilizandolos recursos al alcance y activando la mayor y mejor cantidad de elementos en busca de la recuperación física, cognitiva e emocional, capacidad conocida como resiliencia.

Se trata de un término originalmente utilizado por la termodinámica que se refiere a la capacidad de un cuerpo para recuperar su tamaño y forma original después de ser comprimido, doblado o estirado; y desde el campo de la biología es la capacidad de un ecosistema u organismo para regresar a la estabilidad al sufrir una alteración.

Hernandez (2011) complementa diciendo que “las familias pueden resignificar las circunstancias adversas, encontrar una nueva homeostasis familiar e incluso salir fortalecidos”. Propone igualmente que el sistema de creencias juega un papel fundamental en la construcción resiliente desde la posibilidad de revisar y resignificar los posibles mandatos culturales y familiares como la destinación femenina al sufrimiento, la sumisión y la resignación, acudiendo al sentido de la coherencia, lo que posibilita el preferir aquellas creencias facilitadoras en vez de las creencias limitativas ( por ejemplo, “no puedes”, “ es inútil, no lo conseguirás”, etc. (p.41). La iniciativa y la perseverancia, la esperanza y el optimismo son claves para la superación de las dificultades.

El interés por los estudios en la identificación y comprensión de los procesos de resiliencia en diferentes contextos de desarrollo humano se basan en la opción de afrontamiento ante las circunstancias difíciles; desde esta perspectiva las investigaciones se orientan hacia las características individuales y colectivas de transformación de los significados de los eventos potencialmente amenazantes y el interés por la preservación de la salud. (De Andrade y Da Cruz (2011).

Por su parte, y ante la consideración de las condiciones en las que la capacidad resiliente y otras se hallan a disposición del sistema familiar para garantizar el ejercicio

armónico de las funciones y roles al interior de la familia, se categoriza dicho conjunto de acciones con el nombre de competencias parentales, refiriendo con ello a

un marco relacional en que los afectos cumplen un rol importante ya que dan cuenta de las posibilidades de atender, cuidar, proteger, educar, es decir, proporcionar un trato en donde la empatía, el poder satisfacer necesidades, enfrentar y resolver problemas, son componentes que proporcionan al niño el apego seguro que se manifiesta en la interacción durante los diferentes momentos del ciclo vital del ser humano. (Contreras, Sostin, López y Maida 2011, p.72), constituyen importantes referentes en la construcción de la atmosfera relacional de la familia mencionada por Linares (2012), donde están presentes las funciones de conyugalidad y parentalidad que determinan en su ejercicio armónico, la posibilidad para los hijos, de construir una personalidad madura y equilibrada.

Patricia Crittenden (2008) citada por Contreras et al.,2011, plantea que los progenitores tienen la mejor intención de ser buenos padres pero se ven imposibilitados a ejercer su tarea cuando hay traumas infantiles no superados, heridas del pasado que dejan huellas en la memoria y son actuadas frente a las presión del contexto, en forma de exigencias que sobrepasan sus capacidades, donde se conjugan la percepción alterada, las representaciones de sí mismo y el trauma. Cuando las madres se hunden en sus propias necesidades, los niños pueden presentar sentimientos de inseguridad, fragilidad y vulnerabilidad (Barudy y Dantagnan (2005) citados por Contreras et al.,2011.

En el marco de los procesos de atención individual a las madres afectadas por la violencia, Contreras et al.,2011en su estudio plantean el desarrollo de habilidades

encaminadas al cambio en la percepción de la tarea de cuidado y protección de sus hijos, a elevar el nivel de empatía y comunicación, mejorar el clima emocional disminuyendo la hostilidad e incrementando la aceptación, el ejercicio de la autoridad en expresión de auto afirmación en la fijación de normas y límites, poder reflexionar con respecto a una actitud receptiva, acogedora y abierta al diálogo, experimentando cambios significativos que favorezcan la reflexión desde la resignificación del pasado y asuman un rol activo y efectivo en la protección de sus hijos.

Calonge (2011) menciona la importancia del espacio del hogar en la sociedad como el nicho donde se construye la identidad, espacio entendido más allá de las cuatro paredes, como un entorno para la vida y no como un territorio de dominación del hombre sobre la mujer.

El significado de hogar también encarna para muchas mujeres un sentido de protección, seguridad y tranquilidad y un espacio de reforzamiento, un lugar donde enraizar el control de sus vidas. Por ser la mujer quien más tiempo pasa en el hogar, le son atribuidos por naturaleza los encargos de reproducción y cuidado de la familia y al hombre las funciones fuera del hogar, en el mundo del trabajo y de los viajes, disponiendo y emitiendo órdenes que la mujer acepta y ejecuta. En dichas condiciones, suele la mujer aprender su función en el doloroso camino por el cual renuncia a toda opción diferente a la del trabajo doméstico, a la figura de satisfacción constante de necesidades de los miembros de su familia que por lo general ignoran las de la madre y mujer digna de reconocimiento, panorama del que en ocasiones emergen las frustraciones, como un lenguaje que engloba la experiencia traumática, alterando de manera sorpresiva o progresiva las narrativas desde las cuales se identifica como

persona, desde donde construye significados con los que interactúa en el curso del desarrollo de sí misma, de la familia y de la sociedad de la que hace parte.

Desde la visión de Bruner citado por Hernández (2011), la experiencia humana toma forma y se transmite a partir de elementos narrativos como el tiempo, el espacio, los personajes y las acciones.

De acuerdo con Dominguez y Herrera (2013) “la construcción narrativa de la identidad no está aislada del contexto social y cultural, sino que se produce en relación con ciertos interlocutores cruciales en los procesos de configuración del yo individual y colectivo” (p.16). “Con la narrativa se construyen los significados básicos para el ser humano. Ser persona es vivir en un mundo lleno de significados” (p. 28).

Según Montesano (sf),

Las terapias sistémicas influidas por la Teoría General de Sistemas y la Cibernética y motivados por la superación de la perspectiva intrapsíquica (proveniente del psicoanálisis), se interesan por la experiencia relacional. Asumen que los problemas psicopatológicos proceden del modo en que las personas se relacionan y comparten dentro del sistema familia. De esta manera, interrogar el “porqué” se sustituye por indagar el “para qué”. Estos planteamientos suponen una auténtica renovación del ejercicio de la terapia. Las siguientes generaciones psicoterapéuticas conceden particular importancia a la exploración del significado, el discurso narrativo y los procesos de cambio ligados a la identidad en busca de opciones y posibilidades de superar los relatos saturados de dolor, frustración, temor, inseguridad, ansiedad, desesperanza, etc.

Desde esta perspectiva, el síntoma ya no se considera solo como una expresión de la estructura y los patrones de la interacción familiar y atribuye en papel relevante a la mitología familiar representada por una red de narrativas compartidas donde convergen las creencias, afectos, legados, rituales y polaridades semánticas respecto a las cuales cada persona es agente y receptor de manera recursiva. Según Sluzki (1996), citado por Montesano, desde una visión cibernética los problemas humanos son comportamientos que forman parte de las secuencias de procesos interpersonales que contribuyen a mantenerlos.

De acuerdo con Hernández (1997), el síntoma se connota positivamente por cuanto constituyen mensajes que comunican de modo ambiguo o encubierto el malestar que surge y se revela en una situación dolorosa o insostenible;

Los síntomas como información analógica y metafórica tienen valor en un determinado contexto el cual, a su vez se conduce por pautas específicas. El sentido primordial de la psicoterapia se centra en esclarecer las pautas en las cuales el síntoma se torna significativo.

Una lectura interaccional de los motivos de consulta implica observar el síntoma como motivo de alarma que “expresa” en su lenguaje particular, el funcionamiento del sistema al cual pertenece su portador.

La terapia sistémica de corte breve se orienta fundamentalmente al síntoma por ser la figura metafórica que habla del funcionamiento del sistema y el problema presente se define como el asunto en el cual el consultante está dispuesto a trabajar.

Linares, J. (2012) define la intervención terapéutica como

La capacidad para utilizar los recursos propios innatos y adquiridos por el aprendizaje para inducir modificaciones en la visión e interpretación de sí mismos y del mundo, recursos anclados en los territorios cognitivo, emocional y pragmático.

1. intervenciones Cognitivas: con el propósito explícito de formular historias alternas a las que traen los clientes, reordenando el material que ellos aportan. Desde la reformulación, clásicamente considerada una técnica y que hoy puede tenerse como recurso, es posible aprender a ver, a reordenar las historias y es desde ahí donde el terapeuta, acogido a su creatividad y desde su legítima subjetividad logra progresivamente movilizaciones en la “visión del problema”, accediendo así las familias a relatos más enriquecedores, menos devastadores, desde el ejercicio de narrarse en ellos.

2. Intervenciones Emocionales: El control adecuado de las emociones del terapeuta manejadas empáticamente, con énfasis en la comunicación analógica, gestos, postura y entonación, acercamientos, distancias, silencios con los que se expresa, confiere credibilidad, eficacia y enganche emocional, son percibidos por la familia, que recibe un impacto con renovada intensidad, y puede esperar como resultado, reflexiones y nuevas miradas de su problema.

3. Intervenciones Pragmáticas: se refieren a las prescripciones desarrolladas inicialmente por el Grupo de Milán con Mara Selvini al frente, se trata de sugerir a las personas y familias determinadas acciones, comportamientos individuales o rituales familiares que puedan ser útiles para verse de otra manera, para encontrarse en otras circunstancias, para disponerse a nuevas interacciones más

placenteras, más enriquecedoras, más significativas, capaces de cambiar percepciones, renovar sentimientos, activar intereses guardados o dormidos en el tiempo y la rutina.

La propuesta de tratamiento frente al Diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático se resume en seis (6) procesos fundamentales a través de los cuales, los relatos saturados del problema y sus ramificaciones, son reemplazados progresivamente por relatos alternativos que ofrecen opciones diferentes de verse y narrarse frente a sí mismos, frente a su familia y frente a la comunidad y sociedad en general:

- **Externalización del Problema:** como la visión de que las dificultades son algo que afecta a la persona, no algo que forma parte de ella; de manera metafórica se maneja y replantea la existencia del problema como un atacante, un invasor ante el que las personas responden en situaciones problemáticas, y por lo tanto, de igual manera pueden las personas y familias, pueden actuar para plantarle cara de algún modo y posteriormente expulsar al intruso de sus vidas.
- **Intervenciones orientadas a modificar la organización del sistema:** frente a la adaptabilidad rígida o caótica, ayudarla a hacerla flexible; frente a la cohesión aglutinada o desligada, la intervención intentará conseguir un equilibrio intermedio y en cuanto a una posible jerarquía disfuncional se trabajará por conseguir una normalización jerárquica.
- **Cambios en Valores y Creencias:** Modificar valores y creencias disfuncionales de una mitología familiar requiere un buen manejo de intervenciones cognitivas; se

trata de una reformulación donde igualmente se verán involucradas las dimensiones emocional y pragmática.

- Cambio del Clima Emocional: forma parte de una línea de trabajo terapéutico denominado Psicoeducativo, basado fundamentalmente en la teoría de las Emociones Expresadas (Leff,2000), cuya base es educar a las familias en la expresión de sus emociones, analizando la estructura y resultados de emociones como la hostilidad, la hipercrítica, las quejas, los rencores, etc, enmarcados dentro de una organización posiblemente aglutinada de la que se ve difícil salir.
- Cambio de los Rituales: en aspectos cotidianos que vinculan y nutren las relaciones, por ejemplo, espacios donde se comparten los alimentos, reunirse los domingos para visitar a los abuelos, cooperar en el arreglo de la huerta familiar, etc, y en síntesis, la construcción de rituales permisivos en lugar de aquellos constrictivos.
- Asumir la Nueva Historia: como una renovada forma de observarse y calificarse como persona empoderada, valiosa y capaz de luchar por su propio bienestar y el de su familia.

### 3. OBJETIVOS

**OBJETIVO GENERAL DE LA PRÁCTICA:** Adelantar procesos de evaluación e intervención clínica desde la terapia de familia con enfoque sistémico, con usuarios de la FUNDACION

RESERVA MORAL como acción de apoyo profesional al manejo de las situaciones de consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo en los jóvenes y sus familias.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Diseñar una estrategia de evaluación acorde a la lectura sistémica del síntoma.
2. Identificar problemáticas personales y familiares que explican los factores que predisponen, precipitan y mantienen el síntoma.
3. Formular hipótesis clínicas acerca de las condiciones de predisposición, precipitación y mantenimiento del síntoma.
4. Formular propuestas de intervención desde el enfoque sistémico con base en la movilización de los relatos dominantes de los miembros, posiblemente anquilosados en mandatos de orden cultural y familiar que mantienen a las familias atascadas en sus procesos de desarrollo.

#### 4. Metodología.

Con Base en el Enfoque Terapéutico Sistémico, el abordaje del caso se realiza teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

4.1. Población: La población se compone por un total de cuatro (4) consultantes que forman parte del grupo de usuarios del Centro de Escucha y Orientación de la Fundación Reserva Moral del Municipio de San Gil, tres mujeres y un hombre que junto con sus familias presentan dificultades personales y familiares relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Acuden solicitando ser atendidos por la Psicóloga de la Institución debido a que la situación de consumo de sustancias psicoactivas viene

desencadenando problemáticas de violencia intrafamiliar, estados de ansiedad, arrebatos de furia y en general actitudes que atentan contra el desarrollo armónico de la familia.

Tabla Número 1

Clasificación de la población por Motivo de Consulta y Diagnóstico

#	Motivo de Consulta	Diagnóstico DSM V
1	<p>“Estoy demasiado confundida, mi esposo me llama y promete cambiar, yo lo quiero porque es el padre de mis hijos pero tampoco quiero que mis niños lo vean violento, borracho, fumando marihuana y en fin, tratándonos muy mal cada vez que quiere...”</p>	<p>Trastorno de Estrés Postraumático 309.81 (F43.0)</p>
2	<p>“Me estoy sintiendo demasiado triste porque a mi esposo lo llevaron preso hace seis (6) días; lo extraño demasiado; el</p>	<p>Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica 293.84 (F06.4)</p>

- Domingo pasado lo visité  
y está muy flaco y  
decaído...sé que por el  
estado de salud de los  
dos...esta tristeza tan  
grande nos está  
perjudicando...”
- 3 “Mi hijo C. continúa                      Trastorno de ansiedad  
presentando problema,                      generalizada 300.02  
aunque trata de cambiar y                      (F41.1)  
está trabajando, ahora mi  
hijo menor está muy  
agresivo en el Colegio  
con los profesores,  
compañeros, con todos,  
porque se les encapricha,  
que tienen que hacer lo  
que él dice...”
- 4 “Tengo un problema                      Trastorno de ansiedad  
adictivo y aunque llevo                      generalizada 300.02  
meses sin consumir, es                      (F41.1)  
una enfermedad y
-

necesito ayuda...llevo  
 cuatro (4) meses sin  
 consumir pero es fácil  
 salir a la calle y volver a  
 caer...”

---

Tabla Número 2: clasificación de la población por estado civil, escolaridad y estrato socio económico.

	Estado civil	escolaridad	Estrato S.E.
1	casada	bachiller	1
2	Unión libre	3	1
3	Casada	9	1
4	casado	8	2

Tabla Número 3: clasificación de la población por modo de ingreso

#	Modo de ingreso al servicio
1	Búsqueda directa
2	Búsqueda directa

3 Búsqueda directa

4 Búsqueda directa

Tabla número 4: Clasificación de la población por género, edad, ocupación y número de hijos.

#	Género	Edad	Ocupación	# hijos
1	F	28	Ama de casa	3
2	F	27	Artesana	2
3	F	34	Empleada	2
4	M	34	Conductor	2

Tabla Número 5: clasificación de la población por número de sesiones trabajadas y resultados

Familia	# sesiones	Resultados
#	intervención	
	trabajadas	
1	5	Disminución de las tensiones familiares a partir de la redefinición del problema y su correspondiente manejo lo cual les fortalece en habilidades sociales y competencias parentales más asertivas y favorables que mejoran igualmente las interacciones familiares y el acceso al apoyo en las crisis constantes que caracterizan la condición de

---

		salud de los cónyuges.
2	4	Disminución progresiva de los sentimientos de desvalía y frustración mediante la resignificación de roles y posibilidades a su alcance que la empoderan para el afrontamiento de las dificultades de control que afectan a la familia.
3	4	Mejoramiento en el área de la autorregulación cognitiva, emocional y comportamental a través de la narración desculpabilizadora que le permite visualizarse a sí mismo en plena capacidad para reconstruirse como padre y esposo.

---

Tabla número 6: Clasificación de la población por Número de sesiones de Evaluación trabajadas, número de sesiones de intervención trabajadas y estado del caso.

# Familia	# sesiones de Evaluación	# sesiones de Intervención	ESTADO DEL CASO
1	4	5	Terminó el proceso
2	5	4	Terminó el proceso
3	5	4	Terminó el

			proceso	
4	7	8	Terminó	el
			proceso	

---

Con la población mencionada se adelanta proceso de evaluación e intervención clínica desde la Terapia Familiar con enfoque sistémico, identificando problemáticas personales y familiares que son abordadas con base en el análisis de los relatos de los miembros, desde la perspectiva de movilización de los relatos dominantes de sufrimiento, sometimiento, temor, subordinación, desesperanza y frustración, que mantienen a las familias atascadas en sus procesos de desarrollo.

#### 4.2. Muestra.

La muestra está constituida por una paciente de 28 años de edad que acude de manera directa en solicitud de atención al Centro de Escucha y Orientación de la Fundación Reserva Moral, es seleccionada teniendo en cuenta su adherencia al proceso y el interés propio y de la familia extensa para participar del proceso de atención psicoterapéutica.

La paciente ingreso al proceso de Evaluación e Intervención de manera directa y voluntaria (sin remisión), y exponiendo como motivo de consulta: “Estoy demasiado confundida, mi esposo me llama y promete cambiar, yo lo quiero porque es el padre de mis hijos pero tampoco quiero que mis niños lo vean violento, borracho, fumando marihuana y en fin, tratándonos muy mal cada vez que quiere...”

#### 4.3. Instrumentos de Evaluación:

Durante el desarrollo de la práctica efectuada desde el programa de Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana se utilizaron los siguientes instrumentos:

Consentimiento Informado: documento establecido como parámetro para dar a conocer al usuario los aspectos fundamentales relacionados con la clase de atención que se le ofrece y demás aspectos, como consta en la Resolución 1995 de 2009. (ver anexo 1)

Historia Clínica: Es un documento de estricto manejo por parte del profesional en Psicología donde se registran los datos sociodemográficos del consultante, los aspectos de exploración y evaluación del caso, el resumen de las sesiones trabajadas y los correspondientes seguimientos y demás aspectos, como consta en la Resolución 1995 de 2009. (ver anexo 2)

Genograma: como representación gráfica de la información básica de la familia, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos, lo que proporciona de manera directa y rápida, una cantidad de información que permite conocer a la familia y a la vez realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema y su relación con el ciclo vital de la familia, etc. (ver anexo 3).

Autorregistros: instrumentos gráficos y/o escritos para facilitar la generalización de las técnicas psicoterapéuticas en la vida diaria.

Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) la cual evalúa los síntomas del cuadro

clínico del Trastorno de Estrés Postraumático como son los síntomas de reexperimentación, los síntomas de evitación, el aumento en la activación y las manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso. (ver anexo 4).

Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis por medio del cual se evalúan patrones de síntomas presentes en individuos como son las somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, el índice global de severidad, el total de síntomas positivos y el índice de malestar sintomático positivo (ver anexo 5).

Inventario de Ansiedad rasgo-estado de C.D. Spielberger y R. Diaz-Guerrero, instrumento que mide dos dimensiones distintas de la ansiedad: el estado y el rasgo (ver anexo 6).

Escala de Bienestar Psicológico E.B.P: permite valorar el grado de bienestar general de una persona acerca de su nivel de satisfacción en distintos ámbitos de su vida: bienestar psicológico subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y relaciones con la pareja (ver anexo 7).

Cuestionario de Aserción en la pareja ASPA: El cual evalúa cuatro tipos de estrategias de comunicación con las que cada miembro de la pareja pone en marcha para afrontar situaciones problemáticas comunes en la convivencia como son: estrategias asertivas, agresivas, sumisas y agresivo-pasivas (ver anexo 8).

#### 4.4 Procedimiento del caso escogido.

Con la señora ZA se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

Recepción de caso: El día 6 de Marzo de 2015 llega a consulta la paciente ZA. Se toman los datos sociodemográficos, motivo de consulta, causas, sintomatología y así mismo se dan a conocer las condiciones del proceso psicológico el cual estará respaldado por el consentimiento informado y que se firma durante este primer encuentro. (Ver Anexo 6).

Entrevista Inicial: diálogo alrededor de las interacciones que configuran las pautas y patrones comportamentales que explican los factores de predisposición, precipitación y mantenimiento de los síntomas.

Apertura de historia clínica: Se abre historia clínica con los datos sociodemográficos del paciente y se indaga a profundidad sobre el motivo de consulta, evaluando las áreas de ajuste, antecedentes y alternativas de solución que han implementado. (Ver Anexo 2).

Evaluación clínica: el proceso de evaluación de la paciente y su familia se llevó a cabo en siete (7) sesiones en las que se logró profundizar a cerca de la problemática personal y su repercusión en la vida familiar, lo cual llevó a la selección de instrumentos como “Escala de gravedad de síntomas del trastorno por estrés postraumático” (Echeburua, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997), Inventario de Síntomas SCL - 90- L de Derogatis y el Inventario de ansiedad rasgo –estado de C.D. Spielberger y R. Diaz-Guerrero como herramientas para corroborar las hipótesis iniciales y formular un plan de intervención desde el enfoque Sistémico a partir del diagnóstico Trastorno por estrés postraumático; con la familia de la paciente se adelantó el proceso de evaluación con base en entrevistas estructuradas y semiestructuradas, observaciones y autorregistros; también se utilizó con la señora ZA el test “Escala de gravedad de

síntomas del trastorno por estrés postraumático” (Echeburua, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997), en su aplicación posterior al tratamiento como medio para corroborar los resultados de la intervención psicoterapéutica.

Igualmente se aplica la Escala de cohesión y adaptabilidad familiar Faces III de Olson, Russell y Sprenkle, (Olson y Gorrall, 2003), que facilita el análisis de las dimensiones de funcionamiento familiar ofreciendo elementos que orientan la definición del problema y el diseño del tratamiento psicoterapéutico.

Formulación de Hipótesis Clínica: que relacionan los síntomas presentes con los relatos y descripciones personales alrededor de los significados atribuidos con los que cada quien se posiciona, se expresa de acuerdo con las circunstancias (el contexto) y las metáforas comunicacionales en constante intercambio.

## 5. Formulación de Caso Clínico

### 5.1 Información General del Caso

La señora ZA se casó con el señor IS hace 12 años reportando aproximadamente 10 de los 12 años compartidos de vida conyugal caracterizados por la violencia física, psicológica, sexual, gestacional y económica, agravado por el consumo frecuente de marihuana y alcohol en presencia de sus tres hijos a quienes maltrata y amenaza al igual que a la familia extensa (padres de la señora ZA) quienes viven cerca y siempre han apoyado a la hija y nietos de las agresiones y de las acciones negligentes a que han estado sometidos durante los años mencionados.

La señora ZA solicita ayuda psicoterapéutica en momentos de gran tensión y estrés por la decisión de custodia de sus tres hijos, ya que en medio del temor intenso debe tomar decisiones frente al agresor y ante la Comisaría de Familia, motivo que le ocasiona gran angustia, brotes de agresividad, malestar psicológico intenso, estado emocional negativo, miedo, temor y enfado, disminución importante del interés por participar en actividades significativas y por iniciar la vida laboral, etc, por lo que se evalúa, teniendo como Diagnostico Trastorno de Estrés Postraumático.

#### 5.2. Descripción del Motivo de Consulta.

El Motivo de Consulta expresado por la señora ZA rebela estado de confusión a nivel cognitivo y emocional, se observa actitud ansiosa, inestable, temerosa, insegura al manifestar la queja; igualmente comunica temor e inseguridad ante la responsabilidad de la crianza de sus tres hijos, considera la necesidad de la figura paterna como contención ante la dificultad para criar tres hijos varones; se declara en estado de agotamiento físico y emocional pues se siente con escasas fuerzas para resistir los malos tratos, amenazas y humillaciones; desea tener fuerzas para luchar por sus hijos y empezar a pensar en ella, estudiar y poder trabajar y salir adelante como todas las mujeres de su edad.

#### 5.3 Análisis Descriptivo.

El cuadro de síntomas que rebela la evaluación de la señora ZA da cuenta del cumplimiento de la mayoría de los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático donde se destacan los siguientes:

Experiencia directa del suceso traumático por lapso de varios años, de manera intermitente debido a la situación laboral del cónyuge (soldado profesional), quien visitaba a la familia cada (4) meses.

Recuerdos angustiosos recurrentes.

Malestar psicológico intenso y prolongado al estar expuesta a factores internos como la inseguridad y dependencia: siempre ha vivido muy cerca de los padres quienes se han ocupado de solucionar gran parte de sus conflictos.

Reacciones fisiológicas intensas: temblor, sudoración excesiva, palpitaciones.

Necesidad de esfuerzos para alejar de sí los pensamientos intrusivos, de impotencia, miedo y culpa.

Presencia de creencias o expectativas negativas persistentes acompañadas de pesimismo.

Sentimientos de tener los nervios destrozados.

Percepción distorsionada persistente: acusarse a sí misma, acusar a los padres y a sí misma.

Permanente estado emocional negativo caracterizado por el miedo, la culpa, la vergüenza y deseos de venganza.

Disminución importante del interés por algunas actividades significativas como iniciar la vida laboral.

Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas como satisfacción, ternura, felicidad, empatía.

Comportamiento irritable y arrebatos de furia con poca o ninguna provocación que se expresan como agresión verbal contra sus hijos, contra sus padres, contra objetos.

Malestar clínicamente significativo y un nivel importante de deterioro en la esfera social (tiende a compararse con los demás) y esfera laboral (se siente incapaz de iniciar su vida laboral).

#### 5.4 Análisis explicativo:

En el caso de la señora ZA, el Trastorno de Estrés Postraumático se explica como un conjunto de síntomas que alteran, deterioran y detienen los procesos normales con los que el individuo es capaz de afrontar la adversidad.

El abordaje sistémico del caso desde el funcionamiento familiar con base en las propuestas de Hernandez, A. (1997), analiza a la familia de la señora ZA en una dinámica caracterizada por la interacción hostil, con presencia de estados frecuentes de irritabilidad, como respuesta usual ante la presencia de estresores propios del proceso de separación conyugal iniciado hace un (1) año, lapso en el que tiende a incrementarse las tensiones relacionadas con las condiciones económicas desfavorables, pauta agresiva en el subsistema fraterno, incremento de la morbilidad en los abuelos maternos y dificultades escolares asociadas a los cambios familiares.

En cuanto capacidades y recursos familiares para el afrontamiento de la crisis, la familia cuenta con elementos de orden cognitivo (la inteligencia en cuanto conjunto de habilidades para la identificación y comprensión de las circunstancias y demandas, afrontarlas y salir fortalecidos; emocional (el sentido del humor, el sentimiento de seguridad y esperanza ante los eventos adversos, la autoestima y la valía personal; y pragmático (las habilidades personales y familiares para constituirse como parte de la solución, las habilidades para comunicarse, reconocer los esfuerzos y logros y el compromiso para mantener relaciones solidarias y fraternas que favorezcan la consecución de cambios menos estresantes) , que activados desde el orden individual y familiar, conllevan el fortalecimiento en capacidad resiliente, cohesión familiar y adaptabilidad requeridas a lo largo del proceso terapéutico.

Se observa ambigüedad en los límites entre los subsistemas (madre e hijo de diez (10) años al igual que entre la madre y los abuelos maternos) con presencia de alteración en los roles y su correspondiente alteración en el ejercicio de la autoridad.

En la situación personal de la señora ZA evaluada con base en los instrumentos mencionados, puede ubicarse como factores predisponentes al trauma los siguientes:

- La dependencia afectiva que paraliza o inhibe la normal tendencia a la defensa (ante situaciones amenazantes), al afrontamiento, al establecimiento de normas y límites en el sistema.
- La carga de estrés presente en la interacción familiar asociada a la organización del sistema familiar en cuanto a la cohesión, la adaptabilidad y las jerarquías.

- El clima emocional caracterizado por la alteración permanente, la incapacidad para la expresión y resolución de emociones, la presión, el temor, la construcción de los vínculos de apego y las rupturas en los procesos comunicacionales que favorecen la triangulación manipuladora o la coalición e inhiben la construcción de autonomía.

En cuanto a factores que precipitan la emergencia del trastorno, se encuentran entre otros:

- La violencia familiar y la violencia de género: las conductas por acción u omisión que atentan contra la integridad física, emocional y anímica de las personas, que genera sufrimientos que comprometen el bienestar de los miembros de la familia.

- El consumo de sustancias psicoactivas: el consumo de marihuana está asociado con en el incremento del riesgo a presentar trastorno mental, por cuanto lejos de considerarse una droga “suave”, el consumo no solo compromete la salud física y mental sino que está asociado a conductas de riesgo como comportamiento delictivo.

Scoppetta, O., Pérez, A. y Muñoz, V. (2012)

- Las condiciones de desigualdad social, la pobreza, las escasas oportunidades laborales.

Los factores mantenedores evaluados en el presente caso son, entre otros:

- La mitología familiar: mostrando un clima emocional empobrecido, el escaso tejido relacional no incluye emociones compartidas, se evidencia indiferencia frente al otro, irritabilidad y hostilidad y rechazo ante eventuales intentos de acercamiento

afectivo. Igualmente se halla desconfianza ante la acción de las instituciones y los aportes de las redes sociales.

- Los estereotipos de género: anclados en expectativas derivadas de las creencias y los mitos en cuanto al amor idealizado, a prueba de todo, que en el espacio relacional de la pareja se transforma en obligaciones y pesadas tareas, en ocasiones matizadas con la descalificación, la sobreexigencia y la humillación que le es asignada y por parte de la mujer, la admite, llegando a la experiencia del agotamiento y debilidad emocional.
- Los relatos de victimización: desde la perspectiva de que “no hay individuos maltratadores sino relaciones que generan maltrato”. Linares; J. (2012). Tales relaciones pueden conformarse en cadenas de maltrato transgeneracional, convirtiéndose en una dramática recurrencia de escenarios violentos donde a su vez, los individuos se relatan como sujetos violentos por naturaleza, lo que tiende a perpetuar y hasta normalizar el ejercicio de la violencia.

## *5.5 Intervención propuesta*

### *5.5.1 Objetivo General de la Intervención*

Facilitar en la paciente y su familia, procesos de identificación y reformulación de pautas comunicacionales, a través de intervenciones de orden cognitivo, emocional y pragmático, con apoyo de elementos narrativos, dirigidas al restablecimiento del equilibrio morfogenético y morfostático que favorezca la construcción de nuevas historias personales y familiares.

### *5.5.2 Objetivos Específicos de la Intervención:*

1. Identificar las pautas comunicacionales disfuncionales que conectan el sistema, a través del análisis de los factores de cohesión y adaptabilidad, proponiendo estrategias de movilización y reconstrucción que apoyen al sistema en la superación de las crisis.
2. Desactivar patrones comunicacionales caracterizados por la presencia de pauta agresiva que entorpecen el desarrollo equilibrado del sistema familiar monoparental.
3. Empoderar a los miembros del sistema familiar como artífices de una nueva historia a través de la movilización de los relatos dominantes anquilosados en su consideración de víctimas hacia una nueva visión de familia decidida a favorecer su propio desarrollo con base en la cooperación y el afrontamiento asertivo de la dificultad.
4. Facilitar el descubrimiento de herramientas y recursos de afrontamiento de orden personal, familiar e institucional con los cuales construir una nueva versión de sí mismos enmarcada en relatos alternos más favorables y posibilitadores.

Proceso de intervención.

Objetivo general	Objetivo específico	Actividad	Técnica	resultado
Facilitar en la paciente y	Identificar las pautas	Individ ual	Prescripción paradójica:	Connotación positiva del

<p>su familia, comunicación procesos de roles identificación y reformulación que conectan de pautas el sistema, a comunicación través del roles, a través análisis de los de factores de intervenciones cohesión y de orden adaptabilidad, cognitivo, proponiendo emocional y estrategias de pragmático, movilización y con apoyo de reconstrucción elementos que apoyen narrativos, al sistema en dirigidas al la superación restablecimiento del de las crisis. equilibrio morfogénico y morfostático</p>	<p>del miedo: cómo se presenta el miedo? Cuando? En qué condiciones? En interacción con quién?</p> <p>Familia Concurso familiar: Quién quiere vivir feliz? Consistente en un juego de parejas que consta de preguntas, respuestas y dramatización</p>	<p>acercarse al síntoma; miedo. generación de expectativa de cambio a partir de la construcción personal de lo que se desea recibir.</p> <p>A través del lenguaje metafórico, la personificación de los problemas. visualiza los problemas ubicándolos en la interacción y generando expectativas de solución</p>
---	---	---

que favorezca  
la  
construcción  
de nuevas  
historias  
personales y  
familiares.

nes  
relacionadas  
con la  
calidad de la  
interacción  
familiar con  
base en los  
resultados  
de la escala  
de  
funcionamie  
nto familiar  
de D. Olson.

desde los  
aportes  
cognitivos,  
emocionales y  
comportament  
ales de cada  
miembro de la  
familia.

2.Desactivar  
patrones  
comunicacion  
ales  
caracterizado  
s por la  
presencia de  
pauta  
agresiva que

Individ  
ual

Escribir una  
carta de  
despedida al  
problema.

Reformulació  
n cognitiva

Reconocer  
elementos del  
funcionamient  
o familiar  
afectados por  
la presencia  
del problema  
y generar  
compromiso

---

entorpecen el  
desarrollo  
equilibrado  
del sistema  
familiar  
monoparental

personal  
frente a la  
capacidad de  
regulación  
emocional.

Familia “La visita Comunicación Los niños,  
r sorpresa”: n lúdica y madre, tía y  
La paz llega analógica abuelos  
al hogar y disfrutan una  
quiere actividad que  
escucharlos les permite  
a todos. experimentar  
nuevas formas  
de interacción  
que invitan a  
vencer la  
indiferencia, la  
hostilidad y la  
irritabilidad.

<p>3. Empoderar a los miembros del sistema familiar como artífices de una nueva historia a través de la movilización de los relatos dominantes anquilosados</p>	<p>Individual</p>	<p>Construcción de un mini álbum de fotografías familiares.</p>	<p>Reestructuración del sistema familiar posicionándose a la madre como líder en el proceso de cambio iniciado.</p>	<p>La señora AZ se permite la posibilidad de asumirse en condiciones más favorables gracias a su capacidad de recuperación (resiliencia)</p>
<p>en su consideración de víctimas hacia una nueva visión de familia decidida a favorecer su propio</p>	<p>Familia</p>	<p>Enfrentando la dificultad: el miedo. Construcción de un muñeco que simboliza el miedo a ser señalado, a</p>	<p>Reestructuración cognitiva: evitar el miedo aumenta el miedo.</p>	<p>La madre, hijos y abuela disfrutan de un diálogo constructivo encaminado a la reparación emocional y la construcción de nuevas</p>

---

desarrollo con	ser	expectativas
base en la	rechazado, a	con respecto
cooperación y	ser	al manejo de
el	golpeado, a	las
afrontamiento	ser	emociones, la
asertivo de la	abandonado	toma de
dificultad.	.	decisiones y
		autorregulación emocional.

4. Facilitar el descubrimiento de herramientas y recursos de afrontamiento de orden personal, familiar e institucional con los cuales construir una nueva versión	Individual	Autobiografía: mi nueva historia	Reformulación, externalización y deconstrucción	La señora AZ logra probar su capacidad para visualizarse y relatarse desde una nueva perspectiva libre de quejas repetitivas y sentimientos de fracaso.
---	------------	----------------------------------	---	---

---

de sí mismos

enmarcada

en relatos

alternos más

favorables y

posibilitadore

s.

Familia

Una

pequeña

celebración

por la paz

familiar.

Escenificació

n y ritual de

elección de

un regalo

simbólico

para

persona más

especial de

la familia.

Los miembros

de la familia

logran sentir el

cambio en el

relato

individual y

familiar y

comparten

elementos

simbólicos de

los primeros

triumfos como

reconocimient

o a su valor

para afrontar

los conflictos.

La intervención propuesta se planteada desde el enfoque sistémico incluye el uso de técnicas como:

Relajación de Jacobson: relajación progresiva que permite alcanzar un control voluntario de la tensión- distensión, favoreciendo el control en estados de tensión, ansiedad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, inquietud, inestabilidad

nerviosa, sensación de descontrol o temores ante la posibilidad de perder el control, etc.

Psicoeducación: conjunto de procedimientos aplicados para la consecución de un cambio en el clima emocional, basado en la Teoría de las Emociones Expresadas (Leff, 2000)

Autorregistros: agenda, carteleras de control.

Conversaciones de Externalización, conversaciones de remembranza y conversaciones de reautoría: ejercicios dialógicos basados en el dialogo circular y preguntas circulares de deconstrucción de relatos saturados que al igual que las demás técnicas mencionadas, facilitan al terapeuta la posibilidad de co-construir con el consultante.

Actividades Creativas: construcción de un muro de los compromisos (en la fase de evaluación), elaboración de un muñeco de tela y pintura de un mural por parte de la familia, para la fase de intervención (ver anexo 6 fotografías)

Juego de roles: escenificación.

## 5.6. Resultados

5.6.1 La fase de Evaluación se inicia con la aplicación del Instrumento Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral,

Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) a la Paciente Identificada, la señora AZ, el cual arroja los siguientes resultados:

Resultados primera aplicación (fase de evaluación )	
Puntuación de síntomas de re experimentación	Total 13
Rango 0-15	
Evitación	Total 7
Rango 0-21	
Aumento de la activación	Total 10
Rango 0-15	
Puntuación total de la gravedad del TEPT	Total 30
Rango 0-51	
Escala complementaria: manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso	Total 30

---

## Rango 0-39

---

Los resultados obtenidos en la Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático reflejan la presencia de respuestas caracterizadas por miedo intenso, horror e indefensión que en concordancia con los demás instrumentos aplicados y con la historia personal y familiar, permite establecer el diagnóstico ajustado a los criterios del DSM V.

5.6.2 Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis por medio del cual se evalúan patrones de síntomas presentes en individuos como son las somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, el índice global de severidad, el total de síntomas positivos y el índice de malestar sintomático positivo, que para el caso evaluado arrojó los siguientes resultados:

Puntuación alta en sensibilidad interpersonal específicamente en cuanto a los sentimientos de inferioridad, sentirse criticada y desvalorizada; niveles significativos de hostilidad hacia si misma y con respecto a los demás, algunas ideas paranoides como sentirse vigilada, controlada, criticada, culpabilizada y perseguida por el ex esposo. El INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL rebela una mediana intensidad en el malestar percibido y el TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS.

El índice de severidad global ISG de 6.6 rebela la presencia de elementos relacionados con afectación/ alteración del estado mental en un nivel medio alto frente a las condiciones críticas y deterioro severo de su auto imagen que se ha intensificado en los últimos meses. El total de síntomas positivos (80) y el Índice de Malestar sintomático

Positivo (7.5) sugiere la posibilidad de ideación paranoide con presencia de rasgos depresivos. Se recomienda iniciar proceso terapéutico familiar encaminado a la recuperación de la seguridad personal y la resignificación de sus roles como persona, madre, hija y protagonista de una nueva historia de familia saludable donde se posibilite la construcción de espacios de crecimiento individual y familiar de beneficio común.

5.6.3 Escala de Ansiedad rasgo-estado de C.D. Spielberger y R. Diaz-Guerrero: instrumento que mide dos dimensiones distintas de la ansiedad: el estado y el rasgo, cuyos resultados para el caso evaluado fueron: una puntuación de 40 en Rasgo rebela presencia de indecisión, cansancio, melancolía, constante temor, incapacidad frente a las dificultades y tendencia a sufrir por motivos de poca importancia; escasa confianza en sí misma y conductas evitativas, mantener tensa y alterada ante las preocupaciones; la puntuación de Estado, 41 nos expresa nivel alto de ansiedad, agitación, preocupación y sentirse con frecuencia a punto de estallar.

5.6.4. Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar Faces III de Olson, Russell y Sprenkle: instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar.

Posibilita la medición de la Cohesión entendida como el cúmulo de afectividad, intimidad y el significado que para ellos constituye la esencia de las relaciones familiares. Son los lazos emocionales que unen a los miembros de una familia. El modelo establece cuatro (4) niveles de cohesión familiar: aglutinada, independiente, unida y desligada.

Por su parte, la adaptabilidad se centra en las habilidades de la familia para cambiar sus estructuras, roles, normas, límites, en respuesta a las exigencias que le son planteadas y comprende categorías como el liderazgo familiar, el control, la disciplina, el estilo de negociación, la relación de roles, las reglas de relaciones y de acuerdo a ello se distinguen cuatro (4) niveles de adaptabilidad que conforman familia rígida, estructurada, flexible y caótica. (Hernandez, A., 1997, p. 73).

En el Modelo Circumplejo de Olson, la comunicación familiar actúa como un medio que permite a las familias expresar los niveles de cohesión y adaptación. La comunicación positiva (abierta, empática, de escucha reflexiva y apoyo) permite a los miembros compartir la necesidad de mayores o menores niveles de cohesión y adaptación. Al contrario, la comunicación negativa (mensajes poco claros, críticas excesivas, falta de escucha activa) impide que se compartan los sentimientos y necesidades y por tanto, limitan la movilidad de la familia en las dimensiones de cohesión y adaptación. (Bernal, (sf), p.132).

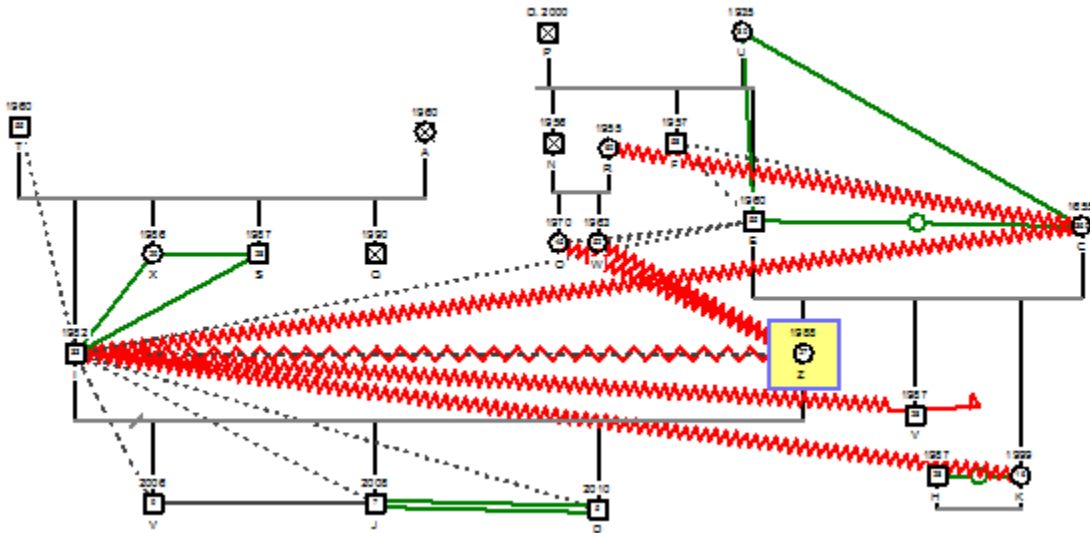
Los resultados de la evaluación del funcionamiento familiar revelan un índice de cohesión de 23 que sugiere una familia “no relacionada” y un índice de adaptabilidad de 29 que cataloga a la familia como “rígida”; con base en estos indicadores de cohesión y adaptabilidad, los resultados de los demás instrumentos de evaluación aplicados y la Historia Clínica, se priorizan las siguientes categorías como focos de intervención que apuntan a la movilización de la pauta disfuncional que conecta al sistema familiar y

posibilita el tránsito y continuidad a los largo del ciclo vital de la familia. Las categorías son:

- Vinculación emocional en busca de fortalecimiento en nutrición emocional y reparación del tejido relacional.
- Toma de decisiones (compartida)
- Roles (compartidos)
- Solución de problemas (asertiva)
- Reglas (más implícitas)
- Disciplina (compartida)

Con base en las categorías mencionadas se adelanta el proceso psicoterapéutico.

5.6.4 Genograma: como representación gráfica de la información básica de la familia, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos, lo que proporciona de manera directa y rápida, una cantidad de información que permite conocer a la familia y a la vez realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema y su relación con el ciclo vital de la familia, etc.



La familia de la señora ZA está compuesta por la madre, de 28 años de edad, nivel de escolaridad bachiller, ocupación ama de casa; el padre, de 34 años, ocupación soldado, grado de escolaridad tercero, tres hijos varones de 10, 7 y 5 años; la abuela materna tiene 60 años y el abuelo materno tiene 55 años. La relación entre la señora ZA con el señor IS suele presentarse fusionada y conflictiva.

La relación de la señora ZA con sus tres hijos es unida, aunque con presencia de hostilidad entre la madre y el hijo mayor; la relación entre el hijo mayor con el hijo segundo es cercana; la relación del hijo menor con sus dos hermanos mayores es conflictiva.

La relación de la abuela materna y el abuelo materno con los tres nietos es cercana.

La relación de la señora ZA con la madre es conflictiva y la relación de la señora ZA con el padre es unida.

La relación de los dos abuelos maternos es cercana. La relación del señor IS con los adultos del sistema familiar es conflictiva y con los tres hijos es distante.

Culminada la fase de intervención desde el enfoque Sistémico, con el apoyo de elementos narrativos, se evidencian cambios significativos que pueden observarse en los resultados arrojados en la aplicación de los instrumentos:

Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997):

	Resultados primera aplicación (fase de evaluación )	Resultados segunda aplicación (finalizada la intervención )
Puntuación de síntomas de re experimentación	Total 13	Total 7
Rango 0-15		
Evitación	Total 7	Total 4
Rango 0-21		
Aumento de la activación	Total 10	Total 5
Rango 0-15		
Puntuación total de la gravedad del	Total 30	Total 16

## TEPT

Rango 0-51

Escala complementaria: Total 30 Total 10

manifestaciones somáticas de la  
ansiedad en relación con el suceso

Rango 0-39

El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis en su aplicación posterior al proceso de intervención muestra una mejoría en cuanto a la puntuación relacionada con la sensibilidad interpersonal específicamente en la superación de los sentimientos de inferioridad, una leve recuperación de la sensación de seguridad y valía personal; se evidencia además, disminución significativa en lo relacionado a comportamientos hostiles y agresivos contra sí misma y contra sus familiares; el Índice de severidad global indica una baja intensidad del malestar percibido y el Total de síntomas positivos registra cambios en cuanto considerarse en plena capacidad para superarse; el Índice de malestar sintomático positivo expresa en la señora AZ una actitud asertiva frente a su estado emocional e interés por la construcción de una nueva historia personal y familiar; El índice de severidad global ISG de 5.5 refleja importantes cambios en cuanto a la percepción de elementos subjetivos y contextuales desencadenantes de alteración y afectación descendiendo los niveles de ansiedad lo que le permite asumirse positivamente frente a sus roles. El total de síntomas positivos (63) y el Índice de

Malestar sintomático Positivo (7.8) sugiere leve superación de síntomas depresivos notándose incremento en el interés por las actividades y responsabilidades cotidianas.

Se recomienda continuar proceso terapéutico familiar encaminado al mantenimiento de la seguridad personal y fortalecimiento en habilidades para la vida y en general, continuidad en el proceso psicoeducativo iniciado.

El Inventario de Ansiedad rasgo-estado de C.D. Spielberg y R. Diaz-Guerrero, en su aplicación posterior al proceso psicoterapéutico, nos ofrece como resultado una puntuación de 34 en Rasgo el cual indica mejoría en cuanto a la actitud frente a la vida, la seguridad y la disponibilidad para visualizar y movilizar recursos de afrontamiento en la cotidianidad; se observan cambios importantes en toma de decisiones y satisfacción por los logros obtenidos, superación del nivel de ansiedad, fortaleciendo su capacidad de auto regulación emocional.

La puntuación de 37 en Estado indica resultados relacionados con cambios importantes en la definición de sí misma como persona capaz de asumirse en su historia de mujer, esposa, madre e hija con posibilidades de construir estrategias de afrontamiento y autocuidado que emergen del compromiso y la capacidad resiliente.

A través de las siete (7) sesiones de Evaluación y ocho (8) sesiones de intervención realizada, la señora ZA, evidencia resultados en cuanto a la relación con el problema, ubicándose como persona empoderada, con un nivel de auto regulación y una renovada visión de sí misma, del trauma y de la vida.

La disminución en los niveles afectación de acuerdo a los síntomas específicos se constata con la aplicación de los instrumentos, Escala de gravedad de síntomas del

Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997), El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis y el Inventario de Ansiedad rasgo-estado de C.D. Spielberg y R. Diaz-Guerrero posteriores a la terminación del tratamiento, donde se comparan las puntuaciones arrojadas que reflejan mejoramiento en cada grupo de síntomas.

Los resultados mencionados emergen como nuevos argumentos en la historia de la señora ZA y su familia en un análisis de su pasado, su presente y su futuro en su relación con el problema y los estados de confusión y desesperanza que entre otros, caracterizan al Trastorno de Estrés Postraumático.

A lo largo del proceso psicoterapéutico y con apoyo en elementos de orden narrativo, en revisión de significados y relaciones, la familia asume la posibilidad de un abordaje alternativo con perspectiva frente a los hechos que victimizan y reducen su valor y sus capacidades. En dichas acciones dialógicas encuentran numerosos hechos y eventos excepcionales y únicos que ofrecen la opción de poder separarse del problema y potencializar los recursos y herramientas hacia la construcción conjunta de sub argumentos renovados y enriquecedores donde se descubren a sí mismos como personas capaces de interpretar la experiencia como una valiosa conquista en la conformación de la identidad (que a su vez hace parte de la estructura de la personalidad) Linares (2013).

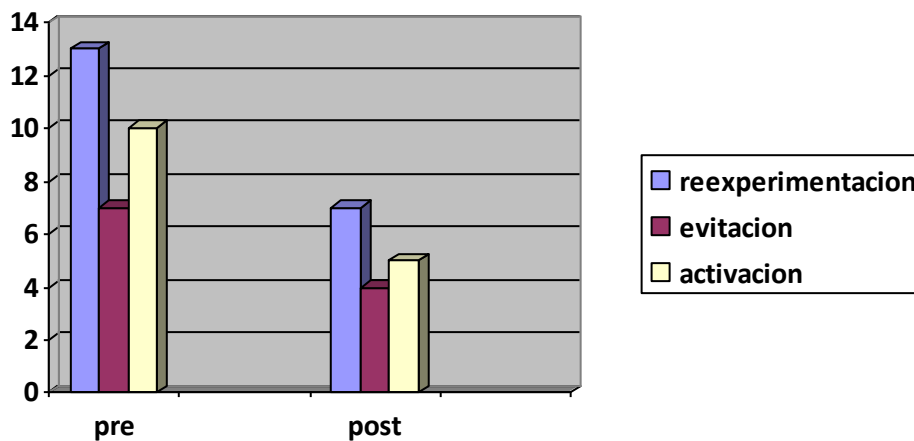
En concordancia con los objetivos de intervención propuestos, se evidencia interés en cuanto a la movilización de las pautas disfuncionales relativas a la interacción hostil, el ejercicio de la autoridad, la toma de decisiones, la disciplina, normas y

maneras de solucionar problemas, tratados terapéuticamente en espacios lúdicos que invitan a la reflexión dentro de un marco de posibilidades de crecimiento y reconocimiento mutuo y donde, a pesar de las dificultades emergieron expectativas de cooperación y solidaridad.

Las dificultades encontradas en el proceso se quedan sin valor frente a la satisfacción del logro de los objetivos propuestos, en su gran mayoría constatados en la nueva actitud de la señora ZA y su familia quienes reportan sentirse fortalecidos y en cierta manera, entrenados para continuar su desarrollo como personas y como familia desde perspectivas más gratas y enriquecedoras para todos y con base en los propios esfuerzos y compromisos donde se privilegia la fortuna de tener una familia.

Gráfica de resultados comparados pre y post tratamiento:

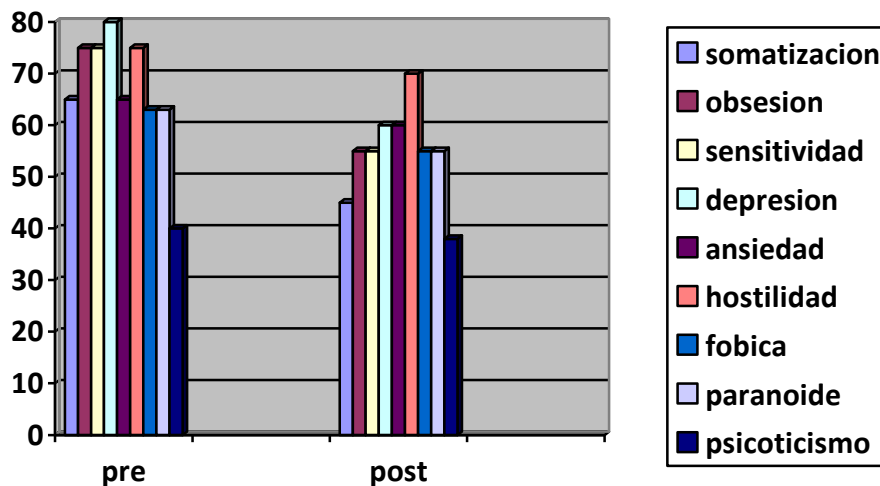
Escala d Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997):



Indica  
una  
disminución  
por encima

del 50% en la intensidad de los síntomas con una puntuación total de 30 en la aplicación previa al tratamiento y un total de 16 en la aplicación posterior al tratamiento en un rango de 0-51, que se refleja en un importante nivel de autoregulación que le ha permitido verse a sí misma desde una perspectiva más favorable, visualizando un panorama exigente para ella en cuanto responsabilidad y fortaleza para salir adelante con sus tres hijos para lo cual ha podido iniciar la construcción de una nueva historia de mujer valiosa capaz de enfrentar las dificultades con esperanza y seguridad.

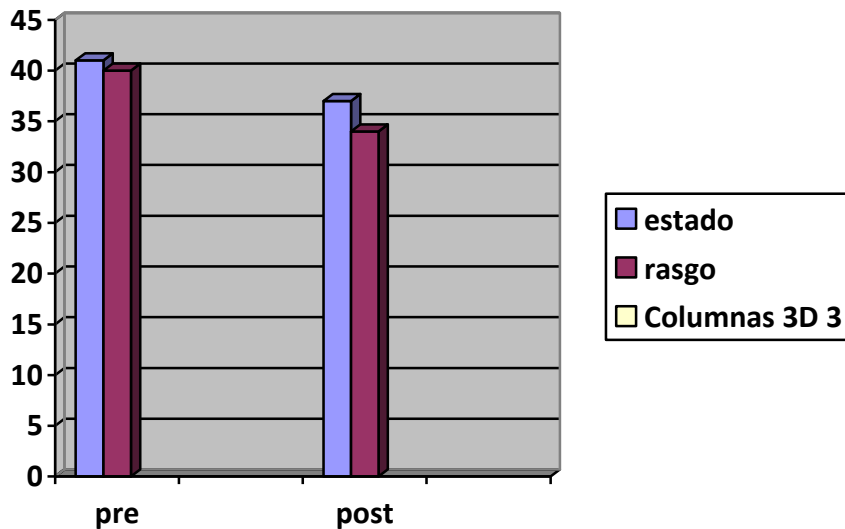
El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis:



La aplicación previa al tratamiento presenta un puntaje de 80 para la dimensión “depresión” lo cual se considera elevado e indica que la persona está en riesgo; es importante notar la disminución del puntaje en la misma dimensión posterior al tratamiento (con un puntaje de 60) el cual se halla ligeramente por debajo del límite pero refleja un rango importante de superación de los síntomas frente al tratamiento. Las dimensiones “sensitividad interpersonal” y “hostilidad” puntuaron alto en la

aplicación previa con una leve disminución en la aplicación posterior lo cual sugiere la necesidad de continuar el tratamiento.

El Inventario de Ansiedad rasgo-estado de C.D. Spielberg y R. Diaz-Guerrero:



Indica un positivo balance entre el “ser” y el “estar” frente a su historia y las dinámicas individuales e interaccionales que le caracterizan; las puntuaciones pre y post tratamiento indican mejoría en cuanto a disminución de los niveles de ansiedad verificándose cambios significativos en la actitud frente a la vida, la seguridad y la disponibilidad para visualizar y movilizar recursos de afrontamiento en la cotidianidad; se observan cambios importantes en toma de decisiones y satisfacción por los logros obtenidos, superación del nivel de ansiedad, fortaleciendo su capacidad de auto regulación emocional.

## 5.7 Comentarios.

El proceso psicoterapéutico con la señora ZA terminó el día diez (10) de Junio de 2015, sin embargo, teniendo en cuenta la complejidad del caso se recomienda ofrecer entre cuatro (4) y cinco (5) sesiones más a la señora y su familia con el fin de garantizar los niveles de comprensión que les permita dar continuidad a los aprendizajes adelantados y evitar recaídas.

El Trastorno de Estrés Postraumático visto como un entramado de sentimientos, emociones y acciones alterados por la vivencia de acontecimientos devastadores y como resultado unos relatos de dolor, culpa, frustración y desesperanza, es enfocado en su comprensión como el producto de un viaje identitario al que se decide cambiar el rumbo.

La señora ZA se reta a verse a sí misma como protagonista de una nueva historia donde logra retomar la vida por senderos más favorables y enriquecedores gracias a su decisión para adelantar un proceso de recuperación de su propio valor incluyendo el reconocimiento de las capacidades y fortalezas de su familia.

Desde este punto de vista el enfoque Sistémico reúne las condiciones para intervenir este tipo de trastorno logrando cambios significativos a nivel de la relación de la paciente consigo misma, con el conflicto y con quienes le rodean. El modelo narrativo por su parte, aporta una gran riqueza de elementos terapéuticos, entre ellos el lenguaje metafórico con el cual “transportar” al paciente identificado hacia otras esferas del

problema, rodeadas de posibilidades para asumir resultados y apropiarnos de aprendizajes al margen del sufrimiento y el fracaso.

Las técnicas utilizadas resultaron de gran aceptación por parte de la familia teniendo en cuenta su carácter lúdico, artístico, creativo y emotivo que las distingue de otras y que facilitó los procesos sobre todo en las acciones de movilización de ideas anquilosadas en los niños y en los abuelos.

La Fundación Reserva Moral se halla en disponibilidad de ofrecer la continuidad del proceso de acuerdo a la solicitud de la señora ZA y su familia, al igual que realizar los seguimientos correspondientes.

## 6. Discusión

Frente al aporte de la Terapia Sistémica en el proceso psicoterapéutico del diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático en el caso de una mujer adulta con historia de violencia de género, violencia física, violencia sexual y consumo de sustancias psicoactivas como alcohol y marihuana por parte del cónyuge, resultó de gran relevancia el abordaje conversacional en torno a los relatos saturados por el problema, alrededor de los cuales se configuraba su identidad de persona débil, alienada y frustrada.

El análisis del trauma con su exhaustiva revisión de las clases de pensamientos que lo constituyen y mantienen, es superado en la Terapia Sistémica por el reconocido valor del lenguaje en espacios conversacionales a través de los cuales se definen y mantienen los pensamientos y sentimientos incluidos los monólogos internos. La

interpretación que las personas hacen de los sucesos, integran los hechos con los que dan sentido a la historia personal mediada por factores de orden cultural y social.

Desde el enfoque Sistémico y apoyo de elementos narrativos, las historias dan forma a la vida e impulsan o impiden la realización de acciones con significado para cada individuo. La Terapia Sistémica posee como clave fundamental la co-creación compartida de una historia alternativa mediante el ejercicio de descubrir, señalar, convocar, dar cuenta de detalles, aspectos, sentimientos, argumentos, explicaciones, acciones que quedaron por fuera de la historia dominante. (Payne, M, 2002).

Es el dialogo circular la fuente del descubrimiento de los elementos excepcionales, valiosos u olvidados con los que se va narrando y re- narrando una historia alterna que puede posibilitar una identidad diferente a las que los problemas pretendían imponer.

Con relación a la paciente identificada se destaca su capacidad para poner en juego sus esquemas mentales y emocionales, lo que posibilitó en todo momento la externalización del problema permitiéndole tomar la distancia psicológica requerida para reconocerse en posesión de herramientas y recursos con los cuales construir una nueva versión de sí misma con base en la movilización y superación de fragmentos de los relatos dominantes portadores de argumentos impregnados de frustración y desesperanza.

Desde la visión de las conductas sintomáticas como metáforas comunicacionales dotadas de oportunidades de re interpretación, se posibilita una visión renovada de la familia, quienes ubicados en su legítimo derecho a recrear lo que sabe hacer, o sea relacionarse e interactuar en sus roles, demostrándose de manera progresiva la opción

de empoderamiento para decidir, asumiéndose como artífice de su historia y la de su entorno.

El proceso de evaluación e intervención clínica adelantado con la familia seleccionada responde a las expectativas académicas frente a la práctica terapéutica en el manejo ético de las problemáticas que aquejan y entorpecen el normal desarrollo de las familias, aportando en capacidad de abordaje y búsqueda de recursos científicos con los cuales realizar acompañamiento de calidad a los individuos y familias siempre dispuestas a la búsqueda de opciones en pro del mejoramiento de la calidad de vida personal y familiar.

El abordaje psicoterapéutico desde el enfoque sistémico y con recursos de orden narrativo ofrece posibilidades en el campo del tratamiento de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, para el caso presente, el Trastorno de estrés postraumático por las características de su configuración donde prevalece el lenguaje concreto y experiencial como materia prima para formar hipótesis. Michael White y David Epston citan a Jerome Bruner quien distingue en el discurso humano dos clases de saber: el relato, con el que se forma sentido de identidad y nos convence de su semejanza con la vida y el argumento que nos convence de su verdad. (Payne, 2002).

A través de la narrativa se da sentido a la experiencia por cuanto en los relatos se condensa la relación con cada acontecimiento vital, lo que explica la pertinencia de la externalización, la deconstrucción y la reformulación como técnicas para “revisar” y “renarrar” la experiencia dolorosa, frustrante, culpabilizante, etc, que parece impulsar la decisión de huir hacia el trastorno.

Las intervenciones de orden cognitivo, emocional y pragmático en cuanto procesos formativos encaminados a nuevos aprendizajes dan pie a la transformación de los relatos dominantes o saturados del problema en nuevas versiones de la misma historia enriquecidas con la experiencia como material de crecimiento personal, familiar y social. Y es en este punto donde convergen las oportunidades en el campo de la Terapia Narrativa , como un conjunto de aprendizaje y transformación desde la perspectiva de “construirnos autobiográficamente” como lo enuncia Bruner, 1987.

De acuerdo con los autores consultados, a través de la narrativa se construyen los significados básicos para el desempeño humano y ser persona es vivir en un mundo lleno de significados, por lo que resulta terapéuticamente valiosa la re significación de los aspectos que conforman los conflictos para reformularlos hacia acciones favorables y gratas. Los planteamientos de las terapias sistémicas influenciadas por la Teoría General de Sistemas y la Cibernética enmarcan los problemas psicopatológicos en el modo como las personas se relacionan y comparten dentro del sistema familiar, planteamientos que suponen una autentica renovación del ejercicio terapéutico.

## 7. Conclusiones

A partir de la presente práctica clínica se concluye la importancia del Enfoque Sistémico para el abordaje y tratamiento de las conductas clínicamente relevantes que constituyen los motivos de consulta; la validación de las historias y el reconocimiento de aspectos que llenan las vidas de sentido. Permite la emergencia de miradas más esperanzadoras frente a la actitud de las mujeres con historias de violencia y sus consecuencias como el Trastorno de Estrés Postraumático.

La propuesta terapéutica se basa en los procesos conversacionales reflexivos donde, a partir de los “guiones” específicamente diseñados de acuerdo a la problemática relatada y con miras a la movilización de pautas que configuran los focos del malestar o conjuntos de síntomas presentes. Las actividades dialógicas están encaminadas a replantear intervenciones cognitivas donde se posibilite reordenar el material experiencial que los consultantes aportan y acogido a la creatividad movilizada en el contexto terapéutico, sea capaz de provocar movilizaciones progresivas hacia una nueva visión del problema.

Las intervenciones emocionales diseñadas apuntan a facilitar los nuevos significados asignados a la experiencia personal y familiar matizadas con las intervenciones pragmáticas que incluyen propuestas de alto impacto afectivo capaces de derribar conceptos rígidos, imágenes deformes y autorreferencias perdidas en argumentos ajenos y devastadores. Favorecen relatos alternativos donde visualizarse en pleno ejercicio de la libertad para pensarse y asumirse en la nueva y prometedora historia.

El uso de cuentos, metáforas y paradojas data de los estudios de Erick Erickson quien solía ingeniar y recrear las más sorprendentes situaciones que escenificaban las problemáticas y a la vez les otorgaban la posibilidad de ser observadas desde una perspectiva que dejaba visualizar impactantes soluciones.

Desde la experiencia clínica se destaca la riqueza hallada en el diálogo como materia primordial del espacio terapéutico, gracias al cual se co-construyen las nuevas narrativas y su concordancia con la progresiva superación de las diversas facetas del

Trastorno de Estrés Postraumático, lo cual demuestra suficientemente la incidencia del estilo relacional en la configuración del trastorno.

Para la Fundación Reserva Moral constituye una satisfacción el contar con más y mejores herramientas de apoyo a la misión de servicio a las familias con problemáticas derivadas del consumo de sustancias psicoactivas donde se espera atender con calidad para beneficio de la Comunidad en general.

El impacto social generado se refleja en la nueva visión que las familias atendidas expresan acerca de sus vidas y sus proyectos desde una renovada versión de ser personas y de ser familia.

## 8. Referencias

Amadeo, S. (2011). *Psicoterapia del trastorno de Estrés Postraumático. A propósito de un caso*. Clínica Contemporánea, 2 (3), 285-292.

Ayala- Nunez, L., Lemus, I. y Nunez, C. (2013). *Predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial*. Universitas Psychologica, 13 (2), 529-539.

Bernal, A., Diaz, C., Jaramillo, T. y Mejía, V. (sf). *Relación entre dinámica y estrategias de afrontamiento en parejas con un miembro que ha desarrollado síntomas psicóticos después de haber estado expuesto directamente a una situación de violencia socio política en el país*. Universidad de la Sabana. Trabajo de Pregrado. Bogotá, Colombia.

Buesa, S. y Calvete, E. (2013). *Violencia contra la mujer y síntomas de presión y estrés postraumático: el papel del apoyo social*. International Journal of Psychology and Psychological therapy, 13 (1), 31-45

Cáceres, E., Labrador, F., Ardila, P. y Parada, D. (2011). *Tratamiento Cognitivo Conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja*. Psychologia: Avances de la Disciplina, 5 (2), 13-31.

Calonge, F. (2011). *La práctica del hogar. Espacios ambivalentes para identidades ambivalentes*. La Ventana, 34, 69-108.

Cardona, I. y Osorio, Y. (2015). *Uso de la metáfora en terapia familiar. Aportes al enfoque narrativo*. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 44, 15-35.

Recuperado

de

<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/613/1148>

Contreras, C., Sostin, C., López, P. y Maida, M. (2011). *Intervención individual al miembro a cargo de las funciones parentales dentro del proceso de terapia familiar*. De Familias y Terapias, 20 (30), 71-76.

De Alencar-Rodriguez, R. y Cantera, L. (2013). *Del Laberinto hasta el Camino hacia la Recuperación de la Violencia*. Revista Interamericana de Psicología, 47 (1), 61-70.

De Andrade, M. y Da Cruz, S. (2011). *Resiliencia Familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud*. Revista Diversitas Perspectivas en Psicología, 7 (1), 43-55.

De Andreis, C. y Guinea, C. (2012). *La atención a la Familia en Atención Temprana: Retos Actuales*. Psicología Educativa. 18 (2), 123-133.

Delgadillo, L., Vargas, A., Nievar, A., Arguello, J. y Gonzalez, L. (2013). *Efectos de la violencia de pareja en mujeres migrantes*. Civilizar, 13 (24), 103-116.

Delgado, M., Sánchez, M. y Fernández, P. (2012). *Atributos y estereotipos de género asociados al ciclo de violencia contra la mujer*. Universitas Psychologica. II (3), 769-777.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1016lj.psi.2014.06.001>

Dominguez, E. y Herrera, J. (2013). *La investigación narrativa en Psicología: definición y funciones*. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte, 30 (3), 620-641.

Feixas, G., Muñoz, D., Campañ, V. y Montesano, A. (2012). *El Modelo sistémico en la Intervención Familiar*. Barcelona, España.

Galindo, O. y Ardila, R. (2012). *Psicología y pobreza. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 381-407.

Gómez, E., Cifuentes, B. y Ortún, C. (2012). *Padres competentes, hijos protegidos: evaluación de resultados del programa "Viviendo en Familia"*. *Psychosocial Intervention*, 21 (3), 259-271.

Gómez, M. y Crespo, M. (2012). *Sintomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos*. *Acción Psicológica*, 9 (1), 71-83. Doi: <http://dx.doi.org/10.5944/op.91.438>

Hernandez, V. (2011). *Resiliencia Familiar*. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14 (10), 41-43.

Ibañez, N., Linares, J., Vilaregut, A., Virgili, C. y Campreciós, M. (2012). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*. *Psicothema*, 24 (3), 489,494.

Izquierdo, S. y Gómez-Acosta, A. (2013). *Dependencia Afectiva: Abordaje desde una perspectiva contextual*. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 7 (1), 81-91.

Linares, J. (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna*. Barcelona, España: Herder Editorial.

Macías, M., Madarriaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico*. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 30, (1), 123-145.

Matud, M., Fortes, D. y Medina, L. (2014). *Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja*. *Psychocial Intervention*, 23, 199-207.

Medellín, M., Rivera, M., López, J., Kanán, M. y Rodríguez, A. (2012). *Funcionamiento familiar y su relación con las Redes de Apoyo Social en una muestra de Morelia, México*. *Salud Mental*, 35 (2), 147-154.

Monroy, B. y Palacios, L. (2011). *Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella?*. *Salud Mental*, 34 (3), 237-246.

Montesano, A. (sf). *La perspectiva narrativa en Terapia Familiar Sistémica*. *Revista de Psicoterapia*, 89 (23), 5-50.

Moreno, M. y Stange- Espínola, I. (2015). *Figuras de apego centrales y subsidiarias, identidad de género y violencia*. *Boletín científico Sapiens Research*, 5 (1), 3-8.

Ojeda, M. y García, D. (2011). *El estrés postraumático, un diagnóstico a tener en cuenta*. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 40 (2), 176-181.

Olhaberry, M. y Falkas, C. (2012). *Estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos*. *Universitas Psychologica*, 11 (4), 1317-1326.

Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa*. Barcelona, España: Paidós.

Pinheiro, C. y Mena P. (2012). *Relación parental, autoestima y sintomatología depresiva en jóvenes adultos. Implicaciones de los conflictos interparentales, coalición y triangulación*. *Universitas Psychologica*, 13 (3), 907-921.

Richaud, M., Mesurado, B., Samper-García, P., Llorca, A., Lemus, V. y Tur, A. (2013). *Estilos Parentales, inestabilidad emocional y agresividad en niños de nivel socioeconómico bajo en Argentina y España*. *Ansiedad y Estrés*, 19 (1), 53-69.

Rodriguez Rodriguez, A. (2013). *Teoría y práctica de la intervención psicofamiliar en familias multiproblemáticas*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, España.

Scoppetta, O., Pérez, A. y Muñoz, V. (2012). *Sobre la supuesta inocuidad del consumo de marihuana: diferencia entre consumidores y no consumidores en encuestas nacionales en Colombia*. *Liberabit*, 19 (1), 55-66.

Seijas, R. (2012). *Aspectos Neurobiológicos y Neuropsicológicos del trastorno por estrés postraumático*. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 104, 19-28.

Seijas, R. (2013). *Trastorno por estrés postraumático y cerebro*. *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría*, 33 (119), 551-523. Doi: 10.4321/50211-57352013000300004.

Sierra, P. (2011). *El vínculo afectivo de apego. Investigación y desarrollo*. *Acción Psicológica*, 8 (2), 5-7

Terranova, L., Acevedo, V. y Rojano, R. (2014). *Intervención en Terapia Familiar Comunitaria con diez familias caleñas de la ladera Oeste*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 12 (1), 309-324.

Tortella,-Feliu, M., Aguayo, B., Sesé, A., Morillos-Romero, A., Balle, M., Celabert, J., Bornas, X. y Llabrés, J. (2012). *Efectos del temperamento y los estilos de regulación*

*emocional en la determinación de estados emocionales negativos.* Actas Esp Psiquiatr, 40 (6), 315-322.

Urzúa, A., Godoy, J. y Ocayo, K. (2011). *Competencias Parentales percibidas y calidad de vida.* Revista Chilena de Pediatría, 82 (4), 300-310.

Vals, M., Campos, S., Correa, C., Gazmuri, V., Pemjean, A. y Vio, D. (2012). *Tendiendo puentes entre la familia y las Instituciones.* De Familias y Terapias, 21 (32), 53-72.

## Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Anexo 2. Historia Clínica

Anexo 3. Escala de gravedad de síntomas de TEPT

Anexo 4. Escala de síntomas clínicos de Derogatis

Anexo 5. Escala de ansiedad rasgo-estado

Anexo 6. Escala de evaluación de bienestar psicológico EBP

Anexo 7. Escala de asertividad en la pareja ASPA

Anexo 8. Fotografías

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con documento número \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_-, por medio de la presente declaro que acepto recibir el acompañamiento psicológico brindado por la profesional en Psicología Clínica Eddy Sofía Ayala Pineda, quien me ha aclarado aspectos relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios, la asignación de citas, entre otros.

De igual manera, refiero que he sido informado por la psicóloga acerca de los objetivos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es CONFIDENCIAL y la Historia Clínica se maneja de acuerdo a lo estipulado en la Normatividad vigente (Resolución No. 1995 de 1999, Ley 1090 de 2006). No obstante, se que soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica en cualquier momento.

Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún tipo de retribución económica.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL  
PSICOLOGO (A)

FIRMA DEL

C.C. \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

T.P. \_\_\_\_\_

## Historia Clínica

 <b>FUNDACION RESERVA MORAL - SAN GIL</b> <b>HISTORIA CLINICA</b>					
Fecha de recepción	DIA	MES	AÑO	No. De Historia	
1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS					
Nombres y apellidos		edad	genero	Est. civil	Documento de identidad
Lugar y fecha de nacimiento		Dirección de residencia			
estrato	No telefónico residencia		No teléfono celular		
Profesión/escolaridad		Ocupación actual			
Entidad EPS		tipo			
Nombre de la pareja		edad	genero	Est. civil	Documento de identidad
Lugar y fecha de nacimiento		Dirección de residencia			
estrato	No teléfono residencia	No teléfono celular			
Profesión/ escolaridad		Ocupación actual			
Entidad EPS		tipo			
Remitidos por:					



SUBSISTEMA PARENTAL

SUBSISTEMA FILIAL

5.	DESCRIPCION DE LA DINAMICA FAMILIAR
ROLES ASUMIDOS POR LA MADRE	
ROLES ASUMIDOS POR EL PADRE	

ROLES ASUMIDOS POR LOS HIJOS-/AS	
6.	EXPLORACION DE RECURSOS FAMILIARES
DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR ANTES DE LA APARICIÓN DE LAS DIFICULTADES	

SOLUCIONES INTENTADAS POR LA FAMILIA PARA MODERAR LAS DIFICULTADES:	
SITUACIONES EN LAS QUE NO SE PRESENTAN LAS DIFICULTADES (excepciones a la regla)	
7. FAMILIAR	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DEL SISTEMA

EXPECTATIVAS A FUTURO DE LA FAMILIA

Empty space for writing expectations for the future of the family.

8.  
TERAPEUTICOS

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Empty space for writing therapeutic objectives.

9.	PLAN DE INTERVENCION
10.	SEGUIMIENTO TERAPEUTICO

## APÉNDICE 1

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO*(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)*

NOMBRE:

Nº:

EDAD:

FECHA:

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: .....

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?: .....

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: .....

## REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? -----
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? -----
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? -----

524 E. Echeburúa / P. de Corral / P.J. Amor / I. Zubizarreta y B. Sarasua

4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	----
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	----
<b>PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:</b> (Rango 0-15)	----
<b>EVITACIÓN</b>	
1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?	----
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?	----
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	----
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?	----
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?	----
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?	----
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?	----
<b>PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN:</b> (Rango 0-21)	----

## Escala de gravedad

525

**AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN**

- |  |      |
|--|------|
| 1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?   | ---- |
| 2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?   | ---- |
| 3. ¿Tiene dificultades de concentración?   | ---- |
| 4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? | ---- |
| 5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?  | —    |

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: -----  
(Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE  
*ESTRÉS POSTRAUMÁTICO*: -----  
(Rango 0-51)

*Escala complementaria***Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso**

- |   |   |
|---|---|
| · Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo      | — |
| · Dolores de cabeza   | — |
| · Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)      | — |
| · Dolor o malestar en el pecho                                | — |
| · Sudoración  | — |
| · Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo                | — |
| · Náuseas o malestar abdominal                                | — |
| · Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad | — |

526 E. Echeburúa / P. de Corral / P.J. Amor / I. Zubizarreta y B. Sarasua

- Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias) \_\_\_\_\_
- Sofocos y escalofríos \_\_\_\_\_
- Temblores o estremecimientos \_\_\_\_\_
- Miedo a morir \_\_\_\_\_
- Miedo a volverse loco o a perder el control \_\_\_\_\_

Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: \_\_\_\_\_  
(Rango 0-39)

**Trastorno de estrés postraumático**

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación.

SÍ       Agudo (1-3 meses)   
 Crónico (> 3 meses)   
 Con inicio demorado

NO

**Gravedad del trastorno de estrés postraumático**

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
<b>ESCALA GLOBAL</b> (Rango 0-51)	15	
<b>ESCALAS ESPECÍFICAS</b>		
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0-15)	5	
<i>Evitación</i> (Rango 0-21)	6	
<i>Aumento de la activación</i> (Rango 0-15)	4	

## INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

**Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo.  
1998. CONICET.**

**L. R. Derogatis.**

**Adaptación U.B.A. 1999.**

**Nombre**..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**: .....

**Sexo:**

Mujer  Varón

**Educación:**

Primario incompleto  Secundario incompleto  Terciario incompleto

Primario completo  Secundario completo  Terciario/universitario completo

**Estado civil:**

Soltero  Divorciado  Viudo/a

Casado  Separado  En pareja

**Ocupación:** .....

**Lugar de nacimiento:** .....

**Lugar de residencia actual:** .....

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.**

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

		nada	Muy poco	Poco	bastante	mucho
1	Dolores de cabeza.					
2	Nerviosismo					
3	Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza					
4	Sensación de mareo o desmayo.					
5	Falta de interés en relaciones sexuales.					
6	Criticar a los demás.					
7	Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8	Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9	Tener dificultad para memorizar cosas.					

10	Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11	Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12	Dolores en el pecho.					
13	Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14	Sentirme con muy pocas energías.					
15	Pensar en quitarme la vida.					
16	16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17	Temblores en mi cuerpo.					
18	Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19	No tener ganas de comer.					
20	Llorar por cualquier cosa.					
21	Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22	Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23	Asustarme de repente sin razón alguna.					
24	Explotar y no poder controlarme.					
25	Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26	Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27	Dolores en la espalda.					
28	No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29	Sentirme solo/a.					
30	Sentirme triste.					
31	Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32	.No tener interés por nada.					
33	Tener miedos.					
34	Sentirme herido en mis sentimientos.					
35	Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36	Sentir que no me comprenden.					
37	Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que					

	están bien hechas.					
39	Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40	Náuseas o dolor de estómago.					
41	Sentirme inferior a los demás.					
42	Calambres en manos, brazos o piernas.					
43	Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44	Tener problemas para dormirme.					
45	Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46	Tener dificultades para tomar decisiones.					
47	Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48	Tener dificultades para respirar bien.					
49	Ataques de frío o de calor.					
50	Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51	Sentir que mi mente queda en blanco.					
52	Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53	Tener un nudo en la garganta.					
54	Perder las esperanzas en el futuro.					
55	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56	Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57	Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58	Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59	Pensar que me estoy por morir.					
60	Comer demasiado.					
61	Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62	Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63	Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64	Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65	Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66	Dormir con problemas, muy inquieto/a.					

67	Necesitar romper o destrozar cosas.					
68	Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69	Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70	Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72	Tener ataques de mucho miedo o de pánico					
73	Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74	Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
75	Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76	Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77	Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78	Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79	Sentirme un/a inútil.					
80	Sentir que algo malo me va a pasar.					
81	Gritar o tirar cosas.					
82	Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83	Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84	Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85	Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86	Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87	Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88	Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89	Sentirme culpable.					
90	Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

**ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD  
FAMILIAR  
FACES III**

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta, la respuesta que usted elija, según el número indicado.-

\* Nunca = 1

\* Casi nunca = 2

\* Algunas veces = 3

\* Casi siempre = 4

\* Siempre = 5

		nunca	Casi nunca	Algún. veces	Casi siemp	siempre
1	Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia					
8	La familia cambia el modo de hacer las cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	En nuestra familia los hijos toman decisiones					

13	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Fotografías

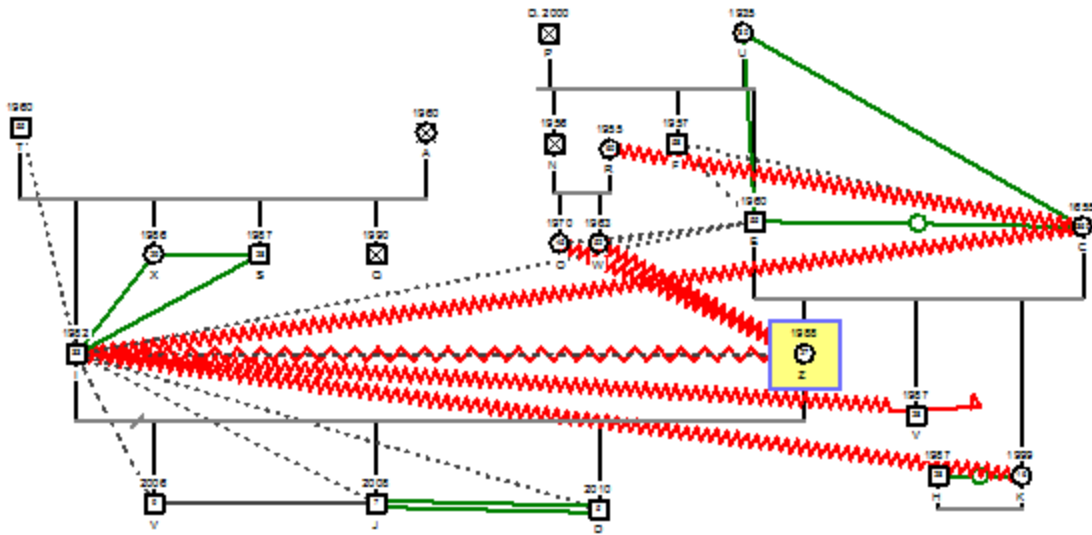






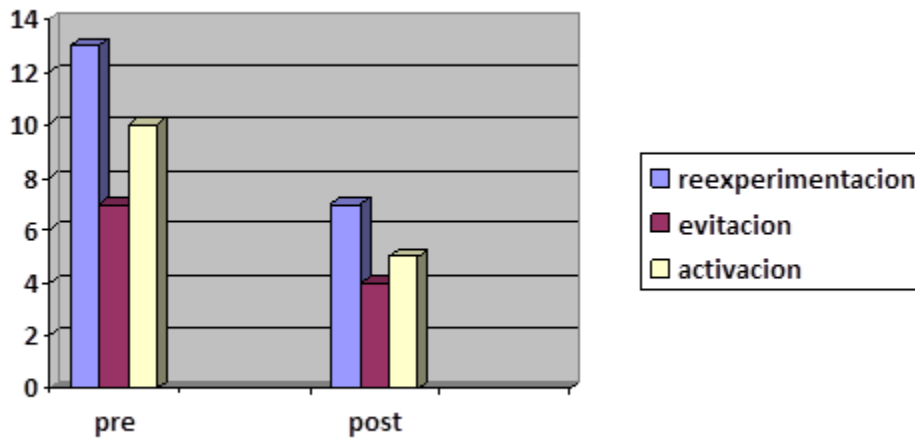
Gráficas:

Gráfica 1. Genograma



## Gráfica número 2

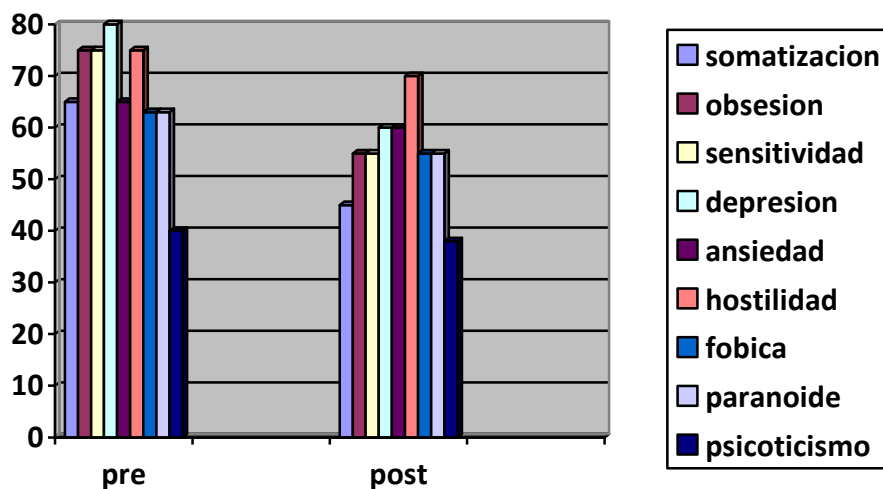
Comparación de Resultados Escala de gravedad de síntomas de trastorno de estrés postraumático.



Indica una disminución por encima del 50% en la intensidad de los síntomas con una puntuación total de 30 en la aplicación previa al tratamiento y un total de 16 en la aplicación posterior al tratamiento en un rango de 0-51, que se refleja en un importante nivel de autoregulación que le ha permitido verse a sí misma desde una perspectiva más favorable, visualizando un panorama exigente para ella en cuanto responsabilidad y fortaleza para salir adelante con sus tres hijos para lo cual ha podido iniciar la construcción de una nueva historia de mujer valiosa capaz de enfrentar las dificultades con esperanza y seguridad.

## Gráfica número 3

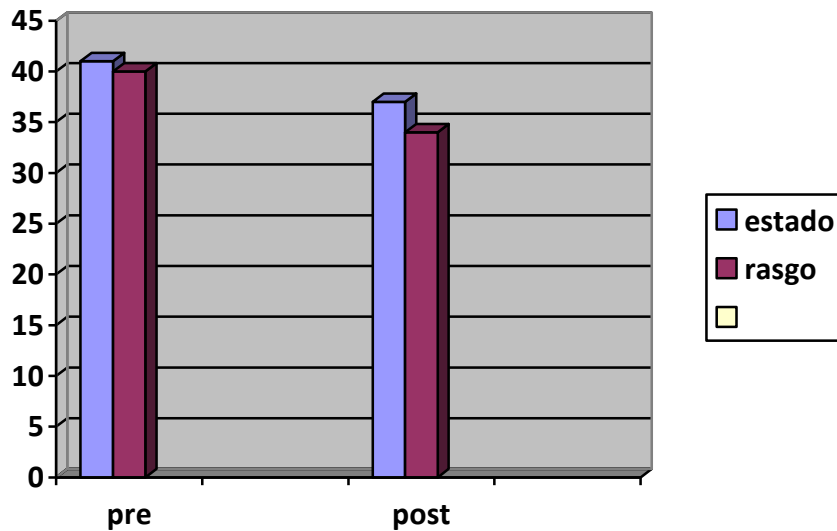
Comparación de Resultados Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis



La aplicación previa al tratamiento presenta un puntaje de 80 para la dimensión “depresión” lo cual se considera elevado e indica que la persona está en riesgo; es importante notar la disminución del puntaje en la misma dimensión posterior al tratamiento (con un puntaje de 60) el cual se halla ligeramente por debajo del límite pero refleja un rango importante de superación de los síntomas frente al tratamiento. Las dimensiones “sensibilidad interpersonal” y “hostilidad” puntuaron alto en la aplicación previa con una leve disminución en la aplicación posterior lo cual sugiere la necesidad de continuar el tratamiento.

## Gráfica número 4

Comparación de Resultados Inventario de ansiedad rasgo-estado de C.D. Spielberger y R. Diaz- Guerrero



Indica un positivo balance entre el “ser” y el “estar” frente a su historia y las dinámicas individuales e interaccionales que le caracterizan; las puntuaciones pre y post tratamiento indican mejoría en cuanto a disminución de los niveles de ansiedad verificándose cambios significativos en la actitud frente a la vida, la seguridad y la disponibilidad para visualizar y movilizar recursos de afrontamiento en la cotidianidad; se observan cambios importantes en toma de decisiones y satisfacción por los logros obtenidos, superación del nivel de ansiedad, fortaleciendo su Autoestima y proyecto de vida.