



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

REESTRUCTURACIÓN DE LAS RELACIONES EN UNA FAMILIA RECONSTITUÍDA

EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

MARÍA INÉS OSORIO CELIS

BUCARAMANGA
2015



Tabla de contenido

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
Introducción	5
Referente conceptual	7
Evolución del concepto de familia	7
Familia Recompuesta	8
Familias Multiproblemáticas (FMP)	9
La Alianza Terapéutica	12
Acompañamiento a las Familias desde el Enfoque Sistémico	13
Proceso de Restablecimiento a partir del Enfoque Sistémico	14
Formulación de Caso	16
Motivo de consulta	17
Familiograma	18
Instrumento de evaluación	20
Análisis descriptivo	20
Análisis explicativo	21
Diagnóstico Multiaxial	22
Objetivos terapéuticos	23
Intervención propuesta	24
Desarrollo de la intervención	24
Resultados	28
Discusiones	30
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Referencias	34
Anexos	37
Test de la familia	37
Prueba de ansiedad	38
Grafica 1 percentil	38
Prueba IAC	39
Grafica Prueba IAC	39



RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: REESTRUCTURACIÓN DE LAS RELACIONES EN UNA FAMILIA RECONSTITUIDA

AUTOR(ES): MARÍA INÉS OSORIO CELIS

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): LINA PATRICIA MÉNDEZ MORENO

RESUMEN

La presente practica tuvo como objetivo intervenir las relaciones para promover la funcionalidad familiar y potenciar actitudes y habilidades en adolescentes que hacen parte del Hogar Maria Margarita de Piedecuesta con problemas de comportamiento y pertenecientes a familias multiproblemáticas; para ello se realiza un trabajo de atención a cuatro pacientes y sus familias desde el enfoque sistémico, lo cual permitió no solo tener una visión integral de cada uno de los casos sino también establecer estrategias de acompañamiento para el restablecimiento de las relaciones familiares. El proceso de atención incluyó la formulación del caso de una adolescente de 11 años que cursa 5º grado, con problemas de comportamiento y antecedentes de violencia intrafamiliar, perteneciente a una familia recompuesta, la selección y aplicación de instrumentos de evaluación así como la formulación de varios objetivos terapéuticos: alianza terapéutica, movilidad de los subsistemas y condiciones contextuales apropiadas para intervenir redefiniendo roles y funciones desde los diferentes subsistemas del grupo familiar, así como la promoción de una mayor cohesión.

PALABRAS CLAVES:

Familias recompuestas, Familias multiproblemáticas, intervención sistémica, Reestructuración de relaciones

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO



GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: RESTRUCTURING RELATIONSHIPS INTO A FAMILY REBUILT

AUTHOR(S): MARÍA INÉS OSORIO CELIS

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: LINA PATRICIA MÉNDEZ MORENO

ABSTRACT

This practice ad as purpose to study relationship promoting familiar functionality and improve actitudes and skills in adolescents, who presents behavior problems also belongs to multi-problems families. They participle and forme it calls HogarMaria Margarita from Piedecuesta, Santander. For this reason, we realise and attention work, we'd applied to four young people and their families from systemic approach. This job,we permit to have and integral vision in each case also to establish accompanying strategic and to restablishing familiar relationships. This process included an adolescent case. She is 11 years old and studies in fifth grade. She has behavior problems and earlier cases intrafamiliar violence Belonging to a reconstituted family, the selection and application of evaluation's instruments as well as the formulation of several therapeutic purposes: therapeutic alliance, the mobility of subsystems and contextual conditions appropriate for intervening Redefining Roles and functions from the different family member's subsystems, as well as the promotion of a greater cohesion.

KEYWORDS:

reconstituted family, multi-problem families, systematic intervention, restructure of the relationship.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK



Introducción

El presente trabajo se desarrolló en el Hogar MARIA MARGARITA, ubicado en el barrio los Cisnes, Municipio de Piedecuesta. La Institución acoge y protege en modalidad de internado a 100 niñas entre los 7 y 18 años en situación de vulnerabilidad de sus derechos fundamentales, provenientes de zonas de alto riesgo psicosocial. Tiene como **misión:** “Brindar atención integral a las niñas y adolescentes en condición de amenaza, inobservancia y vulneración de derechos, garantizar la restitución de estos y cualificar las condiciones de vida a través del proceso interdisciplinario que fomente en la niña o adolescente y su familia la dignidad e integridad como sujetos, basados en el respeto hacia sí mismo y hacia los demás, que les permita una inserción social ajustada a unas normas sociales.” (PAI 2015) Tiene como **visión:** “en el proceso de construir una institución, autosuficiente, con un recurso humano altamente calificado e inquieto por la actualización e implementación de estrategias para el desarrollo de competencias que respondan a las necesidades actuales de la sociedad, de manera específica de niñas, adolescentes y jóvenes, proponiendo nuevas formas de servicio que amplíe nuestro radio de acción en una labor institucional no institucionalizante, que garantice los derechos fundamentales de una población socialmente marginada.” (PAI 2015). La Institución cuenta con el siguiente recurso humanos: tres religiosas, 1 secretaria, 1 nutricionista, dos equipos psicosociales, dos pedagogas, una diurna y otra nocturna, 6 profesores para la asesoría de tareas y 5 personas para oficios varios.

En el proceso de práctica realizado se atendieron 4 pacientes con sus respectivas redes familiares:

Paciente de 9 años de familia monoparental que convive con familia extensa. Se realizaron 8 sesiones: cinco con la paciente, dos con la madre y una visita domiciliaria. La paciente sintomática de una familia disfuncional en sus relaciones, presenta vocabulario soez, actitud desafiante, agresividad, desacato a la norma y conductas autolesivas. Se adelantó un proceso de reintegro al medio familiar con el compromiso de continuar el seguimiento terapéutico. El caso se cerró después de algunas citaciones para el seguimiento y de no darse respuesta alguna a las mismas.



Paciente de 13 años de familia monoparental con hijo adolescente. Se llevaron a cabo 10 sesiones 7 con la paciente y tres con la madre. Paciente sintomática de una pareja separada con antecedentes de violencia intrafamiliar de poca tolerancia a la frustración, miedo y desconfianza en su madre. Durante las sesiones se aclararon sentimientos, se asumieron responsabilidades y las relaciones disfuncionales entre madre e hija mejoraron a una interacción más positiva.

Paciente de 12 años, proviene de familia extensa, en la actualidad convive con una tía paterna, su compañero, un sobrino de éste último y una prima. Su madre tiene la custodia pero no la ejerce, su padre aunque no vive con la paciente es la figura de autoridad. Se desarrollaron 9 sesiones, 7 con la paciente, una con el padre y una con la tía y abuela paterna. Paciente sintomática de una familia dispersa y sin soporte que demanda atención, es irritable y manifiesta tristeza. Se busca identificar la familia que la vincule como miembro de la misma.



Referente conceptual

Evolución del concepto de familia

La fisonomía de las familias ha ido evolucionando y con ella la manera de la terapia (Carter y McGoldrick, 1989). No es lo mismo la descripción de la familia en el siglo XX, que en los primeros quince años del siglo XXI. En el siglo pasado ya se llevaron a cabo una serie de transformaciones drásticas. Por ejemplo: el proceso que sufre la familia en el auge del capitalismo, donde los lazos de cohesión entre los miembros son determinados por la producción; las guerras mundiales y los conflictos internos de países como Colombia, que provocaron el desplazamiento y la transformación de las redes familiares; el incremento de las poblaciones urbanas y la proliferación de barrios marginales, hicieron que los contextos familiares asumieran nuevas dinámicas de interacción para la supervivencia; el consumo de sustancias psicoactivas llevó a la reconfiguración moral de la población, y esto afectó las relaciones familiares. Estos factores y otros más, marcaron el siglo XX. Por su parte, en los primeros quince años del siglo XXI, se han ido agudizando estos fenómenos mencionados, y se han desarrollado otros. Sobresale en este tiempo, la mediación de los sistemas virtuales, el internet, la comunicación vía celular, el fortalecimiento del consumismo y de la globalización, y el incremento de la pobreza y de la miseria. En este entorno se constituyen otras maternidades y paternidades, y otros roles de pareja. Esto ejerce sus efectos sobre el rostro de la familia. En la actualidad, se podría decir que las relaciones familiares han mutado. Hay nuevas experiencias de ser familia. En Colombia, las urgencias de la realidad, han ido obligando al Estado a replantear la noción de familia (Arévalo, 2014).

El anterior párrafo puede servir de antesala para describir la situación general. Se presentó un panorama de las transformaciones y cómo las relaciones familiares del presente, tienen unos antecedentes relativos a asuntos políticos, económicos, sociales y tecnológicos. Pero no es suficiente con este breve recorrido. Hay que mencionar también que más que la fisonomía de la familia, lo que va cambiando son sus maneras de interactuar, sus relaciones, el sistema de significados, sentimientos, valores y creencias, a la par que lo hace la evolución de la moralidad de una sociedad (Bauman, 2004). Se dejan atrás unas formas de vida y se articulan nuevas maneras; lo que ayer parecía tener sentido, en el presente puede carecer de tal, y adquirir una nueva direccionalidad. Se trata del abandono de un modelo y la exploración de nuevas maneras:



“este predominio de un modelo ‘ideal’ de familia es negado por la realidad de la familia actual, que se caracteriza por la diversidad de formas y estructuras” (Valdés, 2007, p. 32). Hay una suerte de itinerancia en las relaciones familiares. Por esto se puede hablar de nuevas experiencias de ser familia.

En los nuevos lazos que se configuran, hay experiencias de crecimiento pero también de desconsuelo, de dolor. Lo que se metamorfosea no es una idea, no es un concepto; es la vida de cada miembro de una familia. Los miembros de las familias reconstruidas pueden comenzar el ciclo de vida de ese proyecto familiar, con mucha esperanza; pero en el camino se van dando conflictos e inconsistencias que van deteriorando el proyecto hasta poder acabarlo.

Además, si se tiene en cuenta de manera más específica, que algunas de estas familias reconstruidas provienen de un entorno familiar mucho más complejo, multiproblemático, y que cada miembro trae consigo cargas fuertes de historia vivida, el nuevo proyecto de familia se convierte en el receptáculo de una cantidad de situaciones previas que pueden ocasionar mucho daño en las nuevas relaciones que van surgiendo, o que, con la debida ayuda, podría ser una oportunidad para la re significación de sus relaciones y para la vida saludable de sus integrantes. Desde esta perspectiva, el foco de atención es el cómo colaborar para que las relaciones se fortalezcan y se vayan restableciendo.

Familia Recompuesta

Hablar de familia es referirse a la diversidad. Una diversidad que se da en un entorno social que construye a las familias (Vega, 1997). Echave (2014), define familia como modo en que las personas tienen las afectividades y uniones de emociones comunes. Un caso paradigmático es el que sucede en el subsistema conyugal. Las parejas viven según otro eje axial. Si antes era importante jurarse fidelidad hasta la muerte, en la actualidad, hay más flexibilidad: el compromiso y la fidelidad fluctúan según la necesidad. De esta misma manera se asumen otros roles. Por ejemplo, la mujer adquiere un papel relevante en la configuración del grupo. Debido a esta constante fluctuación, se puede hablar de un ciclo de vida en la cohesión de las familias (este ciclo habla preferencialmente del subsistema conyugal). Los adultos cambian de parejas, y los hijos experimentan esta movilidad (Cárdenas Palacios 2012).



Pues bien, una familia recompuesta o también reconstruida, es aquella que se origina como un nuevo proyecto de vida en pareja y que vincula hijos o parientes de algunos de los dos cónyuges o de ambos, en una interacción de sistemas (Fine, 1999). Vive un proceso de configuración de sus relaciones. En torno a la clasificación de este tipo de familias existe controversia.

Ferreira y Röhrmann (2006) optan por “familias pluriparentales o mosaicos” y aun presentan el término alemán “familia patchwork”. Goldberg (2004) presenta “familias ensambladas”, que podría ser traducido como familias encajadas, pues el sentido es el de piezas que se van acoplando como en un rompecabezas. Bergamasco y Barbieri (2007) crean el neologismo “miscigenación” a fin de enfatizar el crecimiento de la familia por el camino de sucesivos divorcios. En el romance de autoría de Parsons (2004), el personaje principal, Harry, identifica que su hijo, oriundo de una unión anterior, pasó a integrar una “familia mezclada” (p.22) y este término le incomoda, afirmando que “como si la gente pudiera ser indefinidamente mezclada y combinada. Molida y homogeneizada. Una mezcla de otras familias. Como granos de café. Pero con hombres, mujeres y niños la cosa no era tan sencilla” (p. 22). (Eiras, 2011, p. 126). Dada la problematicidad de la categoría, se opta por familias recompuestas. En este concepto se hizo la siguiente salvedad: “una madre separada que no se recasó, pero que tiene dos hijos, no pertenece a una familia recompuesta. Ya sus dos hijos, caso el padre se haya recasado, forman parte de una familia recompuesta [...] pueden existir miembros que forman parte de una familia recompuesta y otros no” (Eiras, 2011, p. 126-127). En este ejemplo citado, la madre de los dos hijos, que no se volvió a casar, no pertenece a una familia recompuesta; pero si el padre se ha vinculado con otra pareja, ya los dos hijos hacen parte de una familia recompuesta.

Familias Multiproblemáticas (FMP)

En la actualidad se aprecia una gran diversidad en los modos en que se estructuran las familias y, consecuentemente, en cómo los miembros de estas se relacionan entre sí. Por otra parte, más allá de la configuración familiar en particular, también se describen nuevas formas de ejercer la maternidad y paternidad, lo que da cuenta de que el paradigma del modelo patriarcal tradicional ya no es suficiente para comprender la variedad de los roles que cumplen hoy mujeres y hombres en sus familias. (Gálvez y Gallardo, 2013, p. 121).



El paradigma cultural ha cambiado. Los distintos grupos están en una constante movilización. No solo se debe a la migración interna que vive un país como el de Colombia, ni a los desplazamientos hacia el exterior, como signo de la globalización, sino también, a la depuración de algunos significados, valores y creencias que antes imperaban y a la adquisición de nuevos. No se trata de un desplazamiento únicamente locativo, sino de mentalidad y de lenguajes. Pero en estos cambios se originan modos nuevos de violencia donde emerge un otro que suele ser desconocido por las facciones dominantes de una sociedad (Bonavitta, 2010).

¿Qué sucede cuando las familias que además de vivir en periferias, son tachadas por otros grupos sociales mediante el sesgo de la indiferencia, o a través de un juicio de valor tal como cuando se dice: «esta gente ya no tiene remedio»? ¿Qué sucede en caso de esta doble estigmatización y exclusión? Lo que queda en crisis es la capacidad que tiene el grupo social de generar la cohesión. Por su parte, la familia, que antes cumplía este rol de ser cohesionadora social, se ve enfrentada ella misma a otra clase de problemas y de violencias que le impiden articularse en función de ese primer cometido. Se trata del «borramiento» que en la postmodernidad se impone sobre la función mediadora de la familia, cuya especificidad es establecer los primeros lazos afectivos y moderar, a través del discurso en que ella se origina, la violencia que la cultura ejerce sobre el sujeto” (Bonavitta, 2010, p. 3). La familia se ve sometida a otras urgencias, antes de ser la generadora de lazos, debe tratar de sobrevivir en el contexto agresivo que se le plantea. Esto coincide con la definición sociológica que se suele dar a la FMP: “es un término que tiende a individualizar familias de baja extracción socioeconómica” (Cancrini, De Gregorio y Nocerino, 2010, p. 48).

En este «borramiento», la familia cambia su papel por otro. Ella misma se convierte en foco de las violencias que la doble estigmatización le trasmite. Ya no puede ser la familia el núcleo donde se crean lazos afectivos, sino que en ella se origina el sentimiento de disgregación. El subsistema conyugal se ve afectado, las constantes crisis llevan al rompimiento de los vínculos. Esto afecta negativamente al subsistema filial.

La terapia que vela por el restablecimiento de las relaciones de la familia recompuesta, desde un enfoque sistémico, también considera el significado de que dicha familia provenga de otras familias donde se presentan múltiples problemas (FMP). Considerar esto así puede ayudar para saber en qué dirección la historia de una persona ejerce una fuerza sobre el nuevo proyecto



de familia, sobre sus miembros; para saber en qué medida la nueva familia se verá expuesta a la reproducción de antiguos patrones (heredados de los anteriores vínculos). Si la familia recompuesta reproduce patrones negativos, podrá propiciar el fracaso de la relación. Por ejemplo, cuando recaen en el consumo de SPA.

Teniendo en cuenta que, “dentro de los aspectos más difíciles del trabajo con familias multiproblémicas, está el comprender su funcionamiento y anticipar los escenarios posibles de intervención” (Gómez, Muñoz y Haz, 2007, p. 44), la terapia puede colaborar para que dichos patrones sean reflexionados y se evite la repetición. Junto a esto, tiene la capacidad de identificar los aspectos positivos de la experiencia vivida, en ambos casos, y reforzarlos. Por ejemplo, el que ambos adultos quieran responsabilizarse de sus hijas y pedir ayuda a organizaciones sociales. La terapia, entonces, pretende resignificar los lazos de cohesión del grupo en cuestión, potenciando las relaciones afectivas y la confianza mutua. Busca, en este sentido, empoderar a los miembros de la familia para que dirijan sus acciones en pos de los propósitos adquiridos (Juby y Rycraft, 2004).

Si la doble estigmatización y exclusión de la que se hablaba, en el caso de las familias que presentan altos grados de conflictividad, logra borrar la capacidad de cohesión del grupo, la terapia busca sanar esas relaciones para que se den las condiciones para el crecimiento del nuevo proyecto en cuestión.

Para ahondar en el significado del hecho de que una familia reconstruida provenga de las FMP, valga traer a colación cuatro de sus características: “(1) Polisintomatología y crisis recurrentes; (2) Desorganización; (3) Abandono de las funciones parentales; y (4) Aislamiento” (Gómez et al., 2007, 44). Cabe decir alguna palabra de ellas.

En la primera característica convergen los problemas relativos al contexto social, económico y cultural. Se considera los aspectos de orden material y físico, tales como enfermedades, incapacidades, y demás; las relaciones con el medio social, como lo relacionado con la pobreza, marginalidad y violencia; y, los temas propios de la vida íntima de la familia, como por ejemplo, asuntos de violencia intrafamiliar, abusos sexuales y carencia de responsabilidad (Gómez et al., 2007, 44).



En cuanto a la segunda característica, se tiene que las FMP tienen inconvenientes en la organización, en los mandos y en la autoridad-obediencia. Los adultos no han dado reglas claras para la convivencia, y las pocas que pueden surgir, no se observan. Esto se debe también a la incapacidad de comunicación o también la comunicación basada en gestos y palabras violentas (Gómez et al., 2007, 44-45).

La tercera característica consiste en el abandono de las funciones parentales. Esto opera en un triple ámbito: en relación a la alimentación y nutrición de los hijos, la introducción a la vida social y el velar por la educación. Al abandonar la responsabilidad sobre los hijos, se somete a los hijos al riesgo de adquirir conductas y temores que desfavorecen su desarrollo integral. La irresponsabilidad en torno a ellos genera obstáculos emocionales y problemáticas de tipo biosocial. (Gómez et al., 2007, 45-46).

La Alianza Terapéutica

Para referirse a la alianza terapéutica es necesario hacer un recorrido histórico para comprender la influencia positiva de esta y mantener el hilo conductor.

Es Freud como refiere Sergi Corbella y Luis Botella en su artículo “La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación”, quien describió el afecto del paciente hacia el terapeuta como una forma beneficiosa y positiva de transferencia que revestía de autoridad al analista (Freud, 1913).

Continúa Sergi y Luis en su artículo “Algunos trabajos de la teoría psicoanalítica contemporánea han avanzado hacia una perspectiva relacional donde la participación y subjetividad del terapeuta resultan de gran relevancia (Mitchell, 1988). La neutralidad y abstinencia clásica defendida por el psicoanálisis ha ido dejando paso a una mayor inclusión de la interacción, espontaneidad y autenticidad del terapeuta (Mitchell, 1997). Posiblemente esta sea la razón del actual crecimiento de la atención que se presta a la alianza desde la tradición psicoanalítica y psicodinámica (Safran y Muran, 2000a).”

El enfoque cognitivo, desde la perspectiva constructivista ha considerado la alianza terapéutica como la centralidad del proceso. (Sergi Corbella y Luis Botella 2003). Para lograr una alianza terapéutica efectiva es importante ser empático, congruente y aceptar



incondicionalmente al cliente; eran las tres características fundamentales que debía tener el terapeuta según Rogers (1951, 1957)

El concepto de alianza terapéutica lo han adoptado todas las escuelas tomando distancia de la lectura transferencial que maneja el psicoanálisis. (Safran y Muran, 2000a).

En la terapia familiar la alianza se hace un poco más compleja por la variada de subsistemas que aborda, pero no menos importante; por el contrario, es cuando más se precisa necesaria, justamente porque el terapeuta debe moverse en distintos escenarios.

Acompañamiento a las Familias desde el Enfoque Sistémico

Entender la familia como un organismo vivo es conceder más libertad a las relaciones que en ella se van dando, es incluir otras categorías que expresan dinamicidad, transformación, por ejemplo, es admitir que una familia cumple un ciclo vital de la misma manera que lo hace un organismo viviente. “In our view family stress is often greatest at transition points from one stage to another of the family developmental process, and symptoms are most likely to appear when there is an interruption or dislocation in the unfolding family life cycle” (Carter y McGoldrick, 1989, p. 4-5).

A esto se suma que de la misma manera que dichos organismos son un todo unitario, un proceso, también hay otros niveles o subprocessos. Para entender esto en relación a la familia, al todo orgánico se le llamará sistema y a las distintas esferas que suceden en ella se le designará como subsistemas.

Por su parte, los subsistemas pueden ser clasificados como el conyugal, el parental y el fraterno. Además de otros grupos que interactúan con la familia en cuestión dado que la familia es un organismo abierto, donde cada miembro no es aislado, sino que se entiende en relación: “these family members do not live in isolation, but rather are dependent on one another” (Goldenberg y Goldenberg, 2013, p. 2). De esta forma, el sistema es formado por todas las redes posibles de subsistemas en interacción. Por esto el modelo más cercano de comprensión es el de organismo vivo “compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas” (Eguiluz, 2003, p. 1).



Acompañar a los miembros de este sistema familiar equivale a focalizar la atención en un individuo (PI), y en su entorno. A partir de allí, se detectan los subsistemas y las interacciones que se dan en la familia a la cual pertenece la PI. “A family commonly contains a number of coexisting subsystems”, (Goldenberg y Goldenberg, 2013, p. 100). Después de esto, la atención se fija en las relaciones familiares, en el acompañamiento de los subsistemas (filial, parentofilial y conyugal). Hay que considerar que la ayuda social “es un sistema que hace referencia a otros sistemas; o, lo que es lo mismo, es también un subsistema de sistemas más amplios (Coletti, 2010, p. 217). La PI se convierte en un punto sintomático de una familia multiproblemática, a quien se dirige el subsistema de servicio social para ayudar. Se prevé que en la ayuda prestada a los subsistemas de la familia reconstruida, se dará un cambio en la dinámica familiar que redundará en el resignificar la sintomatología de la PI. “Therapeutic work which is directed toward changing the organization of family, for example, by interrupting problematic coalitionary processes across generational lines (Dallos y Draper, 2010, p. 22).

Proceso de Restablecimiento a partir del Enfoque Sistémico

En la hipótesis del presente artículo se asentaron tres líneas de acción para el proceso de restablecimiento de las relaciones. Se trata de la actuación en el contexto de intervención terapéutico (Lamas, 2010) Estas tres han ido quedando al descubierto a lo largo del escrito. Se trata del aseguramiento de la alianza terapéutica, la movilidad de las relaciones de los subsistemas y, el fortalecimiento de situaciones y contextos para mejorar los vínculos afectivos de la familia. Estos objetivos han sido propuestos en el marco del enfoque sistémico como respuesta a las necesidades de la familia de la PI. Valga aquí desarrollar esta propuesta.

La propuesta es la manera de responder a la situación, se trata ya del nivel propiamente de la intervención a la familia. Se ha elegido proceder mediante la segunda de las respuestas operativas contempladas por Cancrini, De Gregorio y Nocerino, “La intervención que utiliza la relación en curso entre familia y servicios” (2010, p. 71). Los autores mencionados comienzan la exposición por reconocer que “uno de los problemas más difíciles para el terapeuta es, precisamente, el que está relacionado con la recuperación de una subjetividad que se expresa de manera original y creativa por parte de los miembros de la familia funcionalmente sustituidos por



los profesionales” (p. 72). Surge aquí un interrogante, ¿cómo recuperar la riqueza de las subjetividades?

Quizás sea oportuno ahondar más en lo que significa tal riqueza. Vale acotar que una crítica a la educación puede consistir en la oscilación en dos polos: quien educa ejerce un poder de dominación sobre la conciencia de quien está siendo educado, o puede dejar que el organismo humano al que se dirige se desarrolle en libertad y autonomía. Estos dos polos presentan, a su vez, dos inconvenientes: en el primer, se trata del problema moral de la manipulación de la conciencia y de la objetivación del sujeto libre mediante poderes que se despliegan bajo el nombre de educación. “Los mecanismos de poder se dirigen al cuerpo, a la vida, a lo que la hace proliferar, a lo que refuerza la especie, salud” (Foucault, 1977, p. 179); en el segundo caso, el rol de quien educa desaparece en pos de la consecución de una total autonomía del sujeto. Pero esto último es sumamente idealista porque presupone un sujeto ha acabado que en sí mismo ha conquistado la autonomía; pero la condición del ser humano es el hacerse en la historia. Así se marcan estos dos problemas que tienen que ver con el recuperar la riqueza del sujeto cuando los profesionales suplantando a los padres.

Ante estos asuntos, el enfoque sistémico opta por un equilibrio entre los profesionales y las familias. Para ello, devuelve funciones específicas a los padres o encargados en una familia. Es aquí cuando cobra sentido la constante interacción entre profesionales y los distintos subsistemas, especialmente el conyugal y el filial. Se trata de lograr que los padres se vayan responsabilizando poco a poco de sus hijos. En el caso de la PI, las sesiones han ayudado al encuentro entre subsistema conyugal y el filial. Pero para lograr que las partes se presten a esta interacción es necesario crear el compromiso. A este se llega a través de la emocionalidad. Pero se reconoce que esto es difícil de lograr: “igualmente difícil, y a veces incluso más, es la intervención a desarrollar en otras situaciones caracterizadas por la cronicidad de la relación y por una desconfianza recíproca particularmente grave” (Cancrini et al., 2010, p. 72).

En este punto entonces es pertinente el primer objetivo formulado en la hipótesis. A nivel de alianza terapéutica, se busca que entre ambas partes (familia y profesional) se propicie la confianza y apertura. Que quede en evidencia la sensibilidad hacia la historia familiar; que se eviten los juicios condenatorios; que se comprendan los temores y se fortalezcan los propósitos y esperanzas. Es importante en este punto lo relativo a la actitud. El profesional no se encierra en



los actos de la familia, sino en sus actitudes. En el caso de la familia de PI, ha habido un acercamiento positivo. De parte de la madre hay disponibilidad para colaborar con información. Por su parte, el padrastro ha dejado ver el cariño que le ha adquirido a la PI. También dejan notar que ambos cónyuges han adquirido compromisos mutuos. Estas actitudes hablan de la apertura y confianza que han mostrado en las sesiones terapéuticas, fortaleciendo así la alianza. Además de estas muestras, se evidencia también la manera en que el cónyuge se expresa con soltura (en su lenguaje propio) y sin temores. Por su parte, el profesional que ofrece su servicio acoge y valora atentamente estas comunicaciones de la riqueza de la subjetividad. Los sentimientos de los profesionales están involucrados en el acompañamiento: “la gran carga de sufrimientos, incongruencias, violencias y miserias que la mayoría de familias multiproblémicas ofrece a quien se presta a trabajar con ellas (Coletti, 2010, 201).

La actitud tiene más peso que los mismos actos porque tiene que ver directamente con el proyecto de vida de un individuo. Una actitud se vincula a una opción de vida, y la opción a un proyecto (Vidal, 1975). Así es que, en una familia recompuesta que ha optado por un proyecto de vida, es considerablemente importante examinar las actitudes. Estas revelan la opción real que han realizado. Las actitudes se ponen de manifiesto en un ambiente adecuado de confianza. Por este motivo es que el primer objetivo que se fija para el restablecer relaciones es el de la alianza terapéutica basada en la confianza mutua. Este es un camino también para recuperar la riqueza de las subjetividades.

Junto a esta acción, se da también la de la movilidad de las relaciones de los subsistemas. Una vez identificadas las relaciones del sistema familiar mediante el familiograma, se detectan las partes que urgen ser acompañadas. En el contacto con la familia, “deben tenerse en cuenta tres características relacionales para analizar: síntoma, sufrimiento y alegación o petición de cambio” (Lamas, 2010, p. 99).

Formulación de Caso

Datos Paciente

Nombre y apellidos: D. Y. S. S.

Edad: 11 años

Escolaridad: 5º. Grado



Ocupación: Estudiante

EPS: SISBEN

Datos del acudiente

Nombre y apellidos: O. I. S. P.

Edad: 31 años

Motivo de consulta

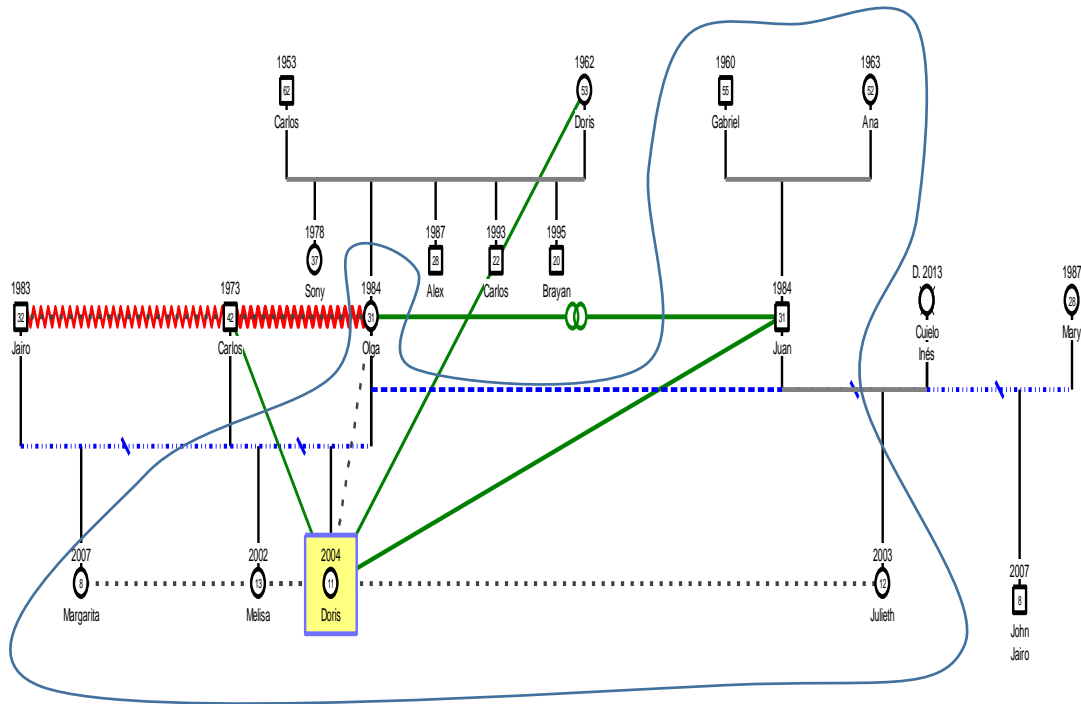
Remitida por la Psicóloga de la Institución quien refiere: “Sus hábitos diarios no los hace con agrado (cepillarse dientes), le cuesta seguir instrucciones de las figuras de autoridad y desmotivación hacia la parte académica”. La religiosa pedagoga diurna reporta: “Lo más urgente a trabajar es acato de órdenes, irrespeto a figuras de autoridad”. La profesora de asesoría de tareas dice: “No se queda quieta un minuto, es inteligente pero perezosa, hay que estar ahí para que trabaje”. La madre refiere: “que cambie su actitud rebelde”. La abuela refiere: “su rebeldía y esa forma de mirar cuando se le corrige”. La pedagoga diurna refiere: “Debe mejorar el vocabulario, aprender a seguir una orden”. La PI se expresa así: “No sé, no obedezco”.

Sintomatología actual

En la historia familiar de la PI de 11 años quien cursa 5° Grado, se hallan episodios traumáticos de violencia intrafamiliar, pobreza, desvinculación temprana de sus progenitores y la presencia de diversos cuidadores que, sumado al cambio frecuente de domicilio y de centros educativos, se supone han generado en ella una conducta en la que muestra malestar para seguir directrices, irritabilidad expresada en un lenguaje no verbal, miedo, evitación, tristeza, aislamiento y dificultad para interactuar con el entorno. Las pruebas aplicadas con el fin de ayudar en un posible diagnóstico, arrojaron resultados afines: en la prueba sobre la familia se identifican rasgos impulsivos, de intolerancia, miedo a lo externo, a comunicarse y a vincular a su vida otras relaciones sociales; en la prueba de ansiedad los percentiles más elevados muestran rasgos de irritabilidad, aislamiento o rechazo social; la prueba IAC arroja resultados sobre dificultades en la convivencia, falta de aceptación de las normas establecidas y la posible dificultad para involucrarse con el sistema familiar.



Familiograma



La PI. Los fines de semana comparte con su madre de 31 años quien se desempeña como ama de casa, su padrastro de 31 años, quien trabaja en asociación con sus padres, sus dos hermanas de 13 y 8 años quienes estudian en una escuela oficial, su hermanastra de 12 años estudiante de un colegio privado y sus abuelos padrastro de 55 y 52 años quienes realizan un trabajo independiente como fabricantes y distribuidores de obleas. Las relaciones de la paciente con su madre, hermanas y hermanastra es de escasa cohesión, con su padrastro al parecer es de armonía, con los padres del padrastro es de indiferencia. Con la abuela materna es de un fuerte vínculo afectivo por tratarse de la persona que la cuidó siempre.

Familia reconstruida con adolescente proveniente de familias multiproblemáticas, con relaciones hostiles y de rivalidad afectiva de las hermanas hacia los progenitores. La PI., fue llevada con engaños a un servicio social del Estado; Vivió un primer episodios de aislamiento en un cuarto por un día y una noche en la que lloró por largo tiempo; finalmente en el anterior servicio social (2014) según versión de su abuela, también vivió una situación de aislamiento para después ser entregada a su familia por no cumplir las normas establecidas en la Institución.



NOMBRE	EDAD	CONSANGUI -NIDAD	EST. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION
Doris	11 años	P. I.	Adolescen te	5°. Primaria	Estudiante, colabora en oficios domésticos
Ana	52 años	Abuelastra	Casada	5° grado	Vendedora ambulante
Gabriel	55 años	Abuelastro	Casado	5°. primaria	Vendedora ambulante
Olga	31 años	Madre	Unión Libre	6°. grado	Ama de casa
Melisa	13 años	Hermana	Adolescen te	7° grado	Estudiante- trabajo colaborativo en el hogar
Margarita	8 años	Hermana	Niña	3°. Primaria	Estudiante- trabajo colaborativo en el hogar
Juan	31 años	Padrastra	Unión Libre	6°. grado	Construcción
Julieth	12 años	Hermanastra	Adolescen te	7°. grado	Estudiante- trabajo colaborativo en el hogar

La Paciente identificada de 11 años de edad, de familia reconstruida proveniente de familia multiproblemática, recibe protección en el Hogar María Margarita de lunes a viernes y los fines de semana comparte con su familia en un barrio de invasión de Floridablanca, fue remitida a consulta por la Psicóloga de la Institución por problemas de autocuidado, dificultad para seguir instrucciones a figuras de autoridad y desmotivación en el ámbito escolar; dichos problemas se manifiestan en la dificultad para seguir una rutina de hábitos diarios de higiene, como cepillarse los dientes y peinarse; el desacato a la norma y como dice la profesora de asesoría de tareas, “No se queda quieta un minuto, es inteligente pero perezosa, hay que estar ahí para que trabaje”.

Esta conducta se ha dado durante dos meses, después de una inducción y seguimiento por parte de las pedagogas y el equipo interdisciplinario.

A la primera consulta acude la paciente identificada, a quien se le informa el motivo de la remisión, se llega a acuerdos y se cita a la abuela materna quien tiene la custodia de la paciente; esta se presenta y suministra información importante acerca de la paciente y su familia, pide



ayuda para que su nieta cambie su actitud rebelde y su hija se recupere de la adicción a las SPA. Se llevaron a cabo 16 sesiones, distribuidas de la siguiente manera: 6 con la paciente identificada 2 con la progenitora, 2 con la familia extensa, 1 con el subsistema parental (padrastro), 2 con el subsistema de pareja, 2 con el subsistema filial y 1 con el sistema de familia reconstruida.

Instrumento de evaluación

1. El presente trabajo es un estudio que parte de un caso clínico de investigación e intervención desde el enfoque sistémico. El trabajo implicó la recolección de datos mediante: la historia clínica, familiograma, coloquios, observación directa, entrevista semiestructurada y 3 pruebas psicológicas:
2. El "Test del dibujo de la familia" es un test proyectivo, evalúa fundamentalmente el estado emocional de un niño, con respecto a su adaptación al medio familiar.
3. La escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) se aplica a niños (as) de 6 a 17 años de edad para evaluar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes, tiene como objetivo descartar sintomatología depresivas en el desarrollo biopsicosocial.
4. El IAC. Inventario de Adaptación de Conducta es un cuestionario formado por 123 frases, a las que el sujeto debe contestar de acuerdo con su forma de pensar y actuar. A través de ellas se aprecia el grado de adaptación del adolescente a diversos aspectos de su entorno. Los elementos se presentan agrupados por bloques, encabezados por una pregunta que abarca a todos ellos; tiene como objetivo evaluar aspectos de adaptación personal, familiar, escolar y social.

Análisis descriptivo

La PI. Se encuentra en un hogar de protección y los fines de semana comparte con su madre de 31 años quien se desempeña como ama de casa, su padrastro de 31 años, quien trabaja en asociación con sus padres, sus dos hermanas de 13 y 8 años quienes estudian en un instituto público, su hermanastra de 12 años estudiante de un colegio privado y los padres de su padrastro de 55 y 52 años quienes realizan un trabajo independiente como fabricantes y distribuidores de obleas.

El desarrollo psicomotor de la paciente se ha dado dentro de los parámetros normales, el nivel cognitivo responde a la edad cronológica y etapa de desarrollo, donde se es capaz de identificar, resumir, examinar, comparar y analizar hechos u acontecimientos; se traza metas a



largo plazo faltándole motivación para alcanzar logros cotidianos; emocionalmente se percibe plana con baja autoestima y bajo autocuidado; en la interacción con sus pares se hallan dificultades para permitir nuevas experiencias de amistad, aferrándose a las ya existentes y actuando en contra de su propia voluntad con el fin de no perderlas. En las relaciones con su progenitora se hacen presente elementos que oscilan dentro de una tensión de: cercanía, satisfacción y temor, en las relaciones con el padrastro se percibe aceptación, agrado y gratitud por su rol de figura paterna, al tiempo se dan manifestaciones de timidez.

La historia familiar puede resumirse del siguiente modo: la gestación y primeros momentos de vida de la paciente, fueron etapas emocionalmente difíciles debido a las circunstancias de separación (su mamá descubre conductas de consumo y expendio de SPA).

El nacimiento de la PI acontece cuando su madre tenía 20 años después de 2 años de convivencia con su pareja. Después de dos años su madre tiene una tercera hija de una nueva pareja que conoció con anterioridad en la cárcel. Al cabo de seis meses de nacida su tercera hija el progenitor de esta la abandona y la madre ante esta nueva pérdida se inicia en el consumo de alcohol y SPA al límite de abandonar sus hijas y adoptar una vida de habitante de calle, razón por la cual la abuela materna asume la crianza de las nietas, ayudada por servicios sociales del Estado.

Los 11 años de la PI, han transcurrido entre la progenitora, la abuela y distintas Instituciones; en el año 2015 es llevada al Hogar María Margarita de Piedecuesta donde actualmente cursa 5º. Grado y continúa su proceso de formación. La progenitora hace 10 meses comenzó una nueva relación de pareja, deja el consumo de SPA (pegante, alcohol etílico y bazuco) e inicia un proceso de reintegro al medio familiar.

Análisis explicativo

La historia personal y familiar, las diferentes voces acerca de su comportamiento y la aplicación de pruebas psicológicas sobre la familia, prueba de ansiedad y prueba sobre el Inventario de adaptación a la conducta, las entrevistas iniciales con la consultante, y su familia, sugieren:



Diagnóstico Multiaxial

Eje I: F94.1. Síntomas del trastorno de apego reactivo no grave.

Eje II: No aplica

Eje III: “Ninguno”

Eje IV: Z63.8 “Problemas relativos al grupo primario de apoyo”

Eje V: 60 Trastorno de la infancia

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Trastorno de apego reactivo

- La paciente presenta dificultades en las interacciones sociales, mostrándose desconfiada, evasiva, emocionalmente plana desafiante e irritable. (Criterio A 1 y B 1 - 2 - 3 del DSM V).
- No hay discapacidad intelectual.
- Hasta el momento ha cambiado al menos, 5 veces, de cuidadores y de hogar. En primer lugar con sus progenitores, posteriormente su abuela materna, madres sustitutas y centros de acogida. (Criterios C 2 y 3 del DSM V).
- Los síntomas en la paciente se manifestaron con mayor intensidad desde los 8 años de edad.
- Es muy posible que la influencia de la crianza, la separación temprana, frecuente e intermitente de su familia primaria, los antecedentes violentos y traumáticos, estén influyendo en su comportamiento anteriormente descrito y de varios años, como una forma de exigir estabilidad, vinculación y atención.

Este diagnóstico y las dificultades de la PI podían estar en relación con la problemática en una familia reconstruida, donde las relaciones parentofiliales carecen de cohesión, la autoridad es difusa y las normas son laxas debido a la ruptura de vínculos en la primera infancia y niñez. Tanto la madre como el padrastro, cada uno de ellos, procede de un círculo multiproblémico.



Así que este nuevo proyecto de vida familiar representaba para ellos, el tercer intento de formalizar una unión. Sumado a esto, se trata de una pareja que ha sido dependiente de sustancias psicoactivas, y que uno de los propósitos al irse a vivir juntos consistió en dejar el consumo. En la familia reconstruida con hijas adolescentes, la autoridad es difusa, las normas y límites no son claros, y el nivel de cohesión es débil. Las relaciones de pareja son simétricas y las funciones son de cooperación.

En el subsistema parentofilial se presume una situación homeostática mantenedora del problema de sentimiento de culpa y necesidad de aceptación de los nuevos roles de autoridad de la pareja con relación a sus hijas. En la relación filial se presume una repuesta igualmente homeostática que mantiene el problema de manipulación por parte de las hijas de la progenitora.

En el subsistema fraterno las relaciones son positivas manteniéndose un nivel de distanciamiento. Las relaciones de la abuela materna con la progenitora son de cercanía, apoyo, cooperación y confianza.

Los primeros años de la PI se desarrollaron en un contexto psicosocial alterado e inadecuado, debido a los antecedentes de violencia intrafamiliar y consumo de SPA por parte de su progenitor. El constante cambio de cuidadores primarios le ha impedido la formación de vínculos estables por lo que se explica la dificultad que tiene en iniciar las interacciones sociales y mantener relaciones funcionales con las figuras de autoridad.

El hecho de afrontar un nuevo reto en su vida como es el ingresar a un nuevo servicio social y los fines de semana buscar adaptarse a la familia reconstruida que de un lado es medianamente afín y conocida (su madre y sus hermanas) y de otro lado es extraña (padrastra, hermanastra y progenitores del padrastra), mantiene los síntomas de una adolescente que carece de vínculos familiares.

Objetivos terapéuticos

Promover el aseguramiento de la alianza terapéutica, mostrando sensibilidad para acoger a la familia y su historia, evitando juicios condenatorios, comprendiendo los temores y fortaleciendo la esperanza de la familia.



Reestructurar las relaciones, funciones y roles de los subsistemas para una interacción funcional.

Fortalecer situaciones y contextos para mejora la cohesión del vínculo afectivo entre padres e hijos.

Intervención propuesta

Como criterios o herramientas terapéuticas se tuvieron en cuenta los encuentros individuales, también encuentros de pareja, fraternales y parentofiliales. Se llevaron a cabo preguntas circulares, reflexivas, de confrontación y el uso de narrativas. La información recuperada se comparó con relación al ciclo vital de la familia, y se analizó en relación a los tres objetivos principales que se pretendía atender para este trabajo.

La pregunta que surge es, ¿de qué manera desde la terapia del enfoque sistémico, una familia recompuesta, cuyos integrantes provienen de un sistema familiar multiproblemático, puede vivir un proceso de restablecimiento de sus relaciones?

Desarrollo de la intervención

SEGUIMIENTO TERAPEUTICO			
SESIONES	OBJETIVO	DESARROLLO SESION	RESULTADOS
		(temas trabajados)	
1	Abordar la paciente, darle conocer la remisión y escucharla	Conoce el motivo de consulta Poco contacto visual Se percibe resistencia	Reconoce la dificultad Acepta la dificultad y se hace un pacto de ayuda mutuo Pocas palabras sobre generalidades de la familia
2	Dar a conocer a la abuela materna (acudiente) la remisión de su hija y hacer el	Conoce el motivo de la remisión Firma el consentimiento informado Hace un relato de la historia de la paciente (padres	Identificación de síntomas en paciente que ha sufrido una desvinculación a temprana edad



	consentimiento informado	consumidores de SPA, ausencia a temprana edad de las figuras parentales, cambio periódico de residencia y cuidadores, comportamiento rebelde y extraño y llanto frecuente)	Identificación de elementos que hacen parte de una familia multiproblemática. Se llega al acuerdo de en adelante citar a la madre para darle responsabilidad.
3	Retomar el tema de consulta con la paciente y hacer el familiograma	Se aborda el tema de la obediencia, casos puntuales y con personas concretas: la mamá, la profesora, el equipo psicosocial (resistencia en situaciones de amenaza)	Situaciones amenazantes le generan miedo, huida y resistencia a la orden dada El familiograma arroja datos de familia reconstruida.
4	Citar a la madre para recolectar datos, vincularla al proceso terapéutico y empoderarla	Narra su historia personal (antecedentes de violencia intrafamiliar, consumo de SPA, abandono de las funciones parentales, experiencia de calle, delincuencia y nueva experiencia de pareja). El rol de madre con autoridad es difuso (ha sido la abuela la de este rol). Se adopta una nueva postura	Ratificación de familia reconstruida proveniente de familia multiproblemática. Asume nuevas tareas: llevar y recoger las niñas los viernes y domingos, participar de las reuniones del colegio y del Hogar
5	Identificar a qué tipo de autoridad se resiste	No hay dificultad con personas cercanas y con las que se siente aceptada (abuela y pedagoga diurna y compañera de salón).	Ruptura de vínculos = relaciones disfuncionales
6	Aplicar prueba sobre la familia	Dibuja la abuela y el abuelo materno de primera, la familia reconstruida y no dibuja los padres del padrastro con quienes vive los fines de semana y en vacaciones.	Reconoce la nueva familia reconstruida Se presume distanciamiento y retraimiento.
7	Aplicar prueba de IAC	Cuestionario de 123 preguntas que evalúan la adaptación personal, familiar, escolar y social.	Bajo nivel de aceptación en lo personal y familia
8	Aplicación prueba de Ansiedad	Consta de 37 preguntas que miden Ansiedad total, ansiedad psicológica, hipersensibilidad,	Miedo e hipersensible a las reacciones en el ambiente Necesidad de aceptación



		preocupaciones mentira	sociales y	social Sentimientos de aislamiento o rechazo social
9	Indagar relaciones padrastro paciente (acuden los dos)	El padrastro habla bastante La paciente se comporta de forma plana, casi no habla; se percibe aceptación con timidez.		Se está dando un proceso de adaptación positiva.
10	Involucrar a la Abuela en el proceso de reconstrucción e identificación de patrones	Remembranza de su propia historia personal y familiar. Identificación de patrones de maltrato y exclusión. Reconocimiento en este proceso de reconstrucción.		Identificación en la familia de un patrón de conducta en los que se presumen síntomas del trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez en la PI
11	Citar a la pareja para ver su situación actual y proyección.	Etapas importantes de adaptación positiva Hay confrontación y se descubren otras adicciones Hay colaboración y apoyo mutuo Hay proyectos comunes		Conocimiento y aceptación de sus historias Expresan deseos de cambio Se proyectan como familia feliz y estable.
12	Conocer sobre las relaciones filiales y la significación que le da al comportamiento de la PI (hna. Mayor)	Muestra irritabilidad al hablar de su hermana, su comportamiento lo considera extraño		Poca cohesión de la hna. Mayor con la paciente
13	Conocer sobre las relaciones filiales y la significación que le da al comportamiento de la PI (hna. menor)	Se expresa de forma positiva, habla de las resistencias a ciertas figuras de autoridad, por las determinadas formas negativas de comunicación para con la PI		Mayor cohesión con la hna. Menor Antecedentes de violencia intrafamiliar y actuales formas inadecuadas de relacionarse son un mantenedor del problema
14	Organizar tareas y roles para los fines de semana (Acude la pareja)	Delegar funciones concretas y hacer un horario o programación		Por escrito en una cartulina plasman la organización se reúnen y a cada uno de los miembros les asignan tareas y reglas de convivencia.



			Las relaciones hostiles disminuyen y la paciente llora con menos intensidad
15	Propiciar espacio para interactuar madre e hija	Se evaluó el proceso terapéutico Se invitó a que disfrutaran de la piscina madre e hijas	Hubo reconocimiento por parte de la madre hacia la hija y de la hija hacia la madre.
16	Visitar la familia y hacer cierre de caso	De los siete miembros de la familia se encontraban 5. Se puntualizaron los cambios positivos en la paciente y en el sistema familiar	La paciente se expresa de forma más adecuada. Ha bajado la frecuencia en el llanto y en el aislarse. Sigue las normas con menos dificultad. La cohesión con las hermanas y la progenitora ha mejorado. No hay necesidad de cartelera, cada uno realiza las tareas asignadas. Salen y comparten como familia. Se llega al acuerdo que hay necesidad de un seguimiento.

La intervención se desarrolló en 16 sesiones en los que se vivieron 4 momentos:

1. Abordaje, conocimiento del motivo de remisión, acuerdo de cooperación entre la paciente y la terapeuta y primeras narraciones sobre la historia de la paciente que arrojan posible identificación de síntomas en paciente con desvinculación a temprana edad, proveniente de familia multiproblemática.
2. Se hace familiograma y se vincula a la madre al proceso terapéutico. Expresa preocupación por su hija al tiempo que narra su historia personal y familiar. Se identifica la familia de la paciente como reconstruida y se ratifica el origen de familia multiproblemática. A partir de este momento la progenitora comienza a asumir tareas con sus hijas que le permiten ganar espacio como figura de autoridad.



3. Se continúa evaluando mediante coloquio y pruebas el diagnóstico de la paciente. Arrojan resultados de paciente con síntomas de trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (distanciamiento, retraimiento, miedo, baja aceptación de sí misma y de su familia)
4. Finalmente mediante los instrumentos del enfoque sistémico se trabajó el descubrimiento de talentos y cambio de actitud por parte de la paciente, que le han ayudado a mejorar en una mayor y mejor vinculación al entorno social. Los espacios de interacción con la pareja, la han llevado a fortalecer los vínculos, llegar a acuerdos, proponer estrategias de normatividad que les permite ejercer y ganar autoridad con sus hijas, como también identificar amenazas externas que aún permanecen y representan un riesgo de recaída. En los encuentros filiales se han descubierto sentimientos ocultos que puestos en común y desde preguntas reflexivas han generado un avance en la cohesión fraternal. En los encuentros de familia extensa, además de proporcionar información de la historia familiar, se ha logrado una alianza terapéutica para apoyar y empoderar a la nueva familia recompuesta.

Resultados

Tanto la prueba sobre la familia como la prueba de ansiedad y la del Inventario de adaptación a la conducta manifiestan timidez, retraimiento, hipersensibilidad a las reacciones en el ambiente, necesidad excesiva de deseabilidad o aceptación social, rasgos de impulsividad e intolerancia, miedo a lo externo, a comunicarse y a vincular a su vida otras relaciones sociales, preocupación por la etapa de desarrollo que vive, sentimientos de inferioridad y falta de aceptación de los cambios que sufre el cuerpo. En el plano familiar aparecen actitudes de crítica, dificultades en la convivencia, falta de aceptación de las normas establecidas, así mismo es posible que haya dificultad para involucrarse con el sistema familiar.

El estado de timidez, retraimiento y sentimientos de inferioridad que sobrelleva la paciente, afecta su normal desarrollo académico, por lo que le impide interactuar con propiedad y libertad. La falta de aceptación de los cambios que sufre su cuerpo con la excesiva necesidad de deseabilidad y aceptación social, le afectan en su adecuada forma de comunicarse manifestado



en su forma de vestir. Los problemas de violencia intrafamiliar, la ausencia de cuidado por parte de los progenitores desde temprana edad, el modelo de los mismos, y la frecuente mudanza de cuidadores y lugares de cuidado, posiblemente han influido en que la paciente se comunique de forma hostil, no haya interiorizado normas y pautas de crianza saludables.

OBJETIVOS	RESULTADOS
Promover el aseguramiento de la alianza terapéutica, mostrando sensibilidad para acoger a la familia y su historia, evitando juicios condenatorios, comprendiendo los temores y fortaleciendo la esperanza de la familia.	Se ha logrado establecer entre las partes en cuestión: paciente, familia y terapeuta, una alianza que ha permitido el desarrollo sereno de las sesiones y la apertura a nuevas posibilidades de interacción que favorecen la calidad de vida del sistema familiar.
Reestructurar las relaciones, funciones y roles de los subsistemas para una interacción funcional.	<p>La pareja se ha abierto a la ayuda terapéutica, ha colaborado en el proceso y se siente fortalecida en sus vínculos afectivos.</p> <p>Las sesiones fraternales han generado en el subsistema una mayor cohesión, la cual se encontraba débil al inicio del proceso.</p> <p>La familia extensa ha devuelto la responsabilidad de los hijos a sus progenitores, reasumiendo estos sus funciones parentales.</p> <p>Los padres han recuperado la autoridad delegada, hay normas claras y roles definidos en cada uno de los miembros de la familia reestructurada.</p>
Fortalecer situaciones y contextos para mejora la cohesión del vínculo afectivo entre	En sesión individual y parentofilial se han desarrollado sesiones con espacios de



padres e hijos.

confrontación y reflexión que han permitido la expresión de sentimientos afectivos.

La cooperación de la familia extensa y la Institución de servicio social han permitido eventos y actividades de fortalecimiento de los vínculos afectivos (actividades lúdicas y culturales en las que se interactúa y se dan expresiones cálidas).

La paciente ha mejorado la actitud y se ha vinculado al proceso de forma positiva, ha mejorado en sus hábitos diarios de higiene participa activamente en las sesiones, se interesa un poco más por su rendimiento académico, tiene el talento de la voz (canta), le gusta y participa del programa de danza que ofrece la Institución, al igual, se encuentra vinculada al proyecto cuerdas, sones y vientos que patrocina empresa privada.

Una vez más se evidencia que la terapia desde el enfoque sistémico, busca generar cambios y transformar realidades personales desde la intervención de los subsistemas familiares como organismos vivos y dinámicos que responden y se ajusta a las realidades cambiantes de las culturas y contextos.

Discusiones

Ha representado un reto acompañar una familia reconstruida con una caracterización especial desde el enfoque sistémico, teniendo como paciente una adolescente llevada en el año 2015 a un nuevo servicio social, donde actualmente cursa 5º. Grado y continúa su proceso de formación. La madre, hace 10 meses, comienza una nueva relación de pareja, deja el consumo de SPA (alcohol etílico, perico, pegante) e inicia un proceso de reintegro al medio familiar.

El acompañamiento a la familia ha consistido en precisar que se trata del acercamiento a las redes familiares a través de la atención a un PI, y a partir de allí detectar los niveles de las relaciones familiares o subsistemas. Ha sido importante generar una actitud de acogida para desempeñar con mayor acierto la terapia. Se trata de la alianza terapéutica entre el acompañante y la familia en cuestión.



Los encuentros con el grupo han sido el motivo para el fortalecimiento de los vínculos afectivos entre padres e hijos. Así, en el trato con la PI, pero también con su madre y el padrastro, y las otras hermanas (dos hermanas por consanguineidad, y una hermanastra), se ha logrado fijar por escrito las líneas de relaciones (familiogramas) y en cierta parte, las historias de los sucesos, en los distintos niveles. Pero además, ha sido necesario que el acercamiento de ambas partes exigiera la confianza para asistir a las sesiones y mostrar en ellas cierta apertura.

Con el acompañamiento a la familia se han tocado los tres objetivos planteados: la alianza terapéutica, la resignificación de los subsistemas, y el crecimiento en los vínculos afectivos; objetivos que debido a la complejidad de la génesis de la problemática familiar y características de las FMP, “(1) Polisintomatología y crisis recurrentes; (2) Desorganización; (3) Abandono de las funciones parentales; y (4) Aislamiento” según lo planteado por Gómez et al., (2007), han sido difíciles de abordar por la multiatención de los servicios sociales como dice Gómez citando a Minuchin (2000) Estas intervenciones "son a veces necesarias, pero siempre desarticulan las estructuras familiares. Se llevan a cabo sin tomar en cuenta los vínculos emocionales positivos, y anulan recursos potenciales".

Faúndez y Cornejo (2010) “Se plantean tres aspectos definitorios del trauma: su carácter dialéctico, integrando la dimensión histórica y dinámica; la necesidad de identificar las causas sociales que lo sustentan; y el hecho que la presencia de eventos traumáticos siempre afecta las relaciones sociales y su mantenimiento a través del tiempo”. En esta situación de trauma causado por los diversos contextos alterados e inadecuados es donde el presente trabajo busca prestar una ayuda al reflexionar sobre el camino de restablecimiento de las relaciones traumáticas que se han generado en el entorno de la familia de la PI. Con esto busca también propiciar un cambio en la sintomatología de la PI.

“Precisamente la literatura sobre efectividad de terapia familiar (Minuchin & Fishman, 2004) y de intervenciones psicosociales con familias multiproblemáticas (Sousa, 2008) ha respaldado el esquema de definir pasos concretos hacia una meta co-construida, avanzando sobre el fundamento de las pequeñas conquistas personales y colectivas”. Según lo planteado por Gómez, E.; Kotliarenco, M.A, (2010).

Una vez identificadas las tres características de la demanda, la terapia se puede dirigir hacia uno de los mayores problemas que el enfoque sistémico reconoce aquí: el sufrimiento en



las relaciones, tanto en la historia de vida como en las que van apareciendo en la nueva experiencia. Lo que hace que la movilidad de los subsistemas sea una necesidad imperante a trabajar. Lo que se busca con esto es la integralidad funcional. Aquí se implementan preguntas de reflexión para lograr el cambio de esquemas mentales.

Conclusiones

Con independencia del enfoque, hay elementos comunes a la intervención en psicología clínica que se implementaron en el desarrollo del presente trabajo: El diálogo desde la empatía, la pertinencia en la comprensión del problema, la aceptación sin emitir juicios valorativos del paciente y la familia en cuestión, entre otros, son elementos útiles, en el establecimiento de la alianza terapéutica que permiten el enganche y desarrollo de las sesiones favoreciendo la conexión emocional, propiciando un ambiente de confianza, respeto y cooperación.

Desde el enfoque sistémico la sintomatología de una paciente se comprende desde el contexto de sus relaciones significativas. Se busca estimular la movilización de las mismas. Es a partir de esta movilización cuando se obtienen mejoras en el desempeño de las funciones de acuerdo al rol, la comunicación puede tornarse positiva, la cohesión entre los miembros de los sistemas se acrecienta y la calidad de las relaciones se puede afinar.

En el compromiso por familias reconstruidas, provenientes de familias multiproblemáticas, donde los patrones de conducta tienden a reproducirse afectando negativamente individuos, familias y sociedad en general, es oportuno y válido el abordaje e intervención terapéutica desde el Enfoque Sistémico, teniendo en cuenta la gama amplia de herramientas y el manejo bidireccional que adelanta la terapia sistémica de forma seria, flexible y participativa y posibilita resultados en lo concerniente al mejoramiento de la cohesión de entre los subsistemas que han sufrido la desvinculación temprana de los lazos y las periódicas pérdidas afectivas.



Recomendaciones

La experiencia de práctica significó un campo de investigación, aprendizaje y conocimiento importante y significativo para mi vida de profesional, como también un espacio de confrontación de vida.

Teniendo en cuenta que la familia es un organismo vivo, con capacidad de adaptación reflexión y reacción de acogida o rechazo frente a posibles ofertas y amenazas del ambiente, y que este sistema es constituido por individuos, cabe acotar que la paciente y familia en cuestión se encuentran en un momento y etapa del ciclo vital importante, por lo que se considera pertinente continuar en acompañamiento y seguimiento.

Dada la situación de cambio de época y con ella la complejidad o aparición de nuevas formas o manifestaciones de solidaridad, fraternidad, apoyo, cariño y amor, que, amplían el concepto de familia, sería pertinente continuar investigando y produciendo conocimiento a partir de estas nuevas urgencias y experiencias.



Referencias

- Alegret, J., Baulenas, G. (2010). La intervención. En: M. Coletti, y J. L. Linares (Comps), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. (6ª. Impr.), (p. 124-165). Madrid: Espasa Libros.
- Arévalo, N. S. (15 de mayo de 2014). *Foro nacional de familia*. El concepto de familia en el siglo XXI. Ministerio de Justicia. Bogotá, D.C.
- Bauman, Z. (2004). *Ética postmoderna*. México: Siglo XXI.
- Bonavitta, O. (2010). El pobre como amenaza en la postmodernidad. *Kairos*, 14 (26), 1-13.
- Cancrini, L., De Gregorio, F., y Nocerino, S. (2010). Las familias multiproblemáticas. En: M. Coletti, y J. L. Linares (Comps), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. (6ª. Impr.), (p. 45-82). Madrid: Espasa Libros.
- Cárdenas Palacio M. S., *El proceso de la movilidad humana y su relación con los estados depresivos de los niños y niñas de los primeros y segundos años de básica de la unidad educativa*. Loja Ecuador 2012
- Carter, B., y McGoldrick, M. (1989). *The changing Family life cycle*. (2a. Ed.). New York: Prentice Hall College Div.
- Colapinto, J. (1995). Dilution of family process in social services: Implications for treatments of neglectful families. *Family process*, 38 (3), 265-281.



- Coletti, M. (2010). Las emociones del profesional. En: M. Coletti, y J. L. Linares (Comps), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. (6ª. Impr.), (p. 201-221). Madrid: Espasa Libros.
- Cuningham y Henggeler. (1999). Engaging multiproblem families in treatment: Lessons learned throughout the development of multisystemic therapy. *Family Process*, 38 (3), 265-281.
- Dallos, R., y Draper, R. (2010). *An introduction to family therapy. Sistemic theory and practice*. (3a. Ed.). Berkshire: Open University Press.
- Echave, L.M. (2014). Diversidad de tipos de familia. *Arista digital*, 44, 67-71.
- Eguiluz, L. (Comps.) (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax México. 2003.
- Eiras Coelho, L. C. (2011). Reflexión. Ser padre, ser madre, ser padrastro, ser madrastra: aspectos psicológicos y jurídicos. *Anuario de psicología jurídica*, 21, 125-130.
- Faúndez y Cornejo (2010). Aproximaciones al estudio de la Transmisión Transgeneracional del Trauma Psicosocial. Vol. 19, Nº 2. *Revista de Psicología Chile*.
- Fine, A. (1999). Parente: Liens De Sang Et Liens De Coeur. *Sciences Humaines*, 23, 24-27.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. Vol 1: la voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Gálvez, F., y Gallardo, P. (2013). Análisis desde una perspectiva postmoderna de los roles en la familia contemporánea: una apropiación a través de los cuerpos y las narrativas. *De familias y terapias*, 22 (35), 119-140.
- Goldenberg, H., y Goldenberg, I. (2013). *Family Therapy. An overview*. (8a. Ed.). Belmont: Library of Congress.
- Gómez, E., Muñoz, M. M., y Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psyche*, 16 (2), 43-54.
- Gómez, E.; Kotliarenco, M.A, (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, vol. 19, núm. 2

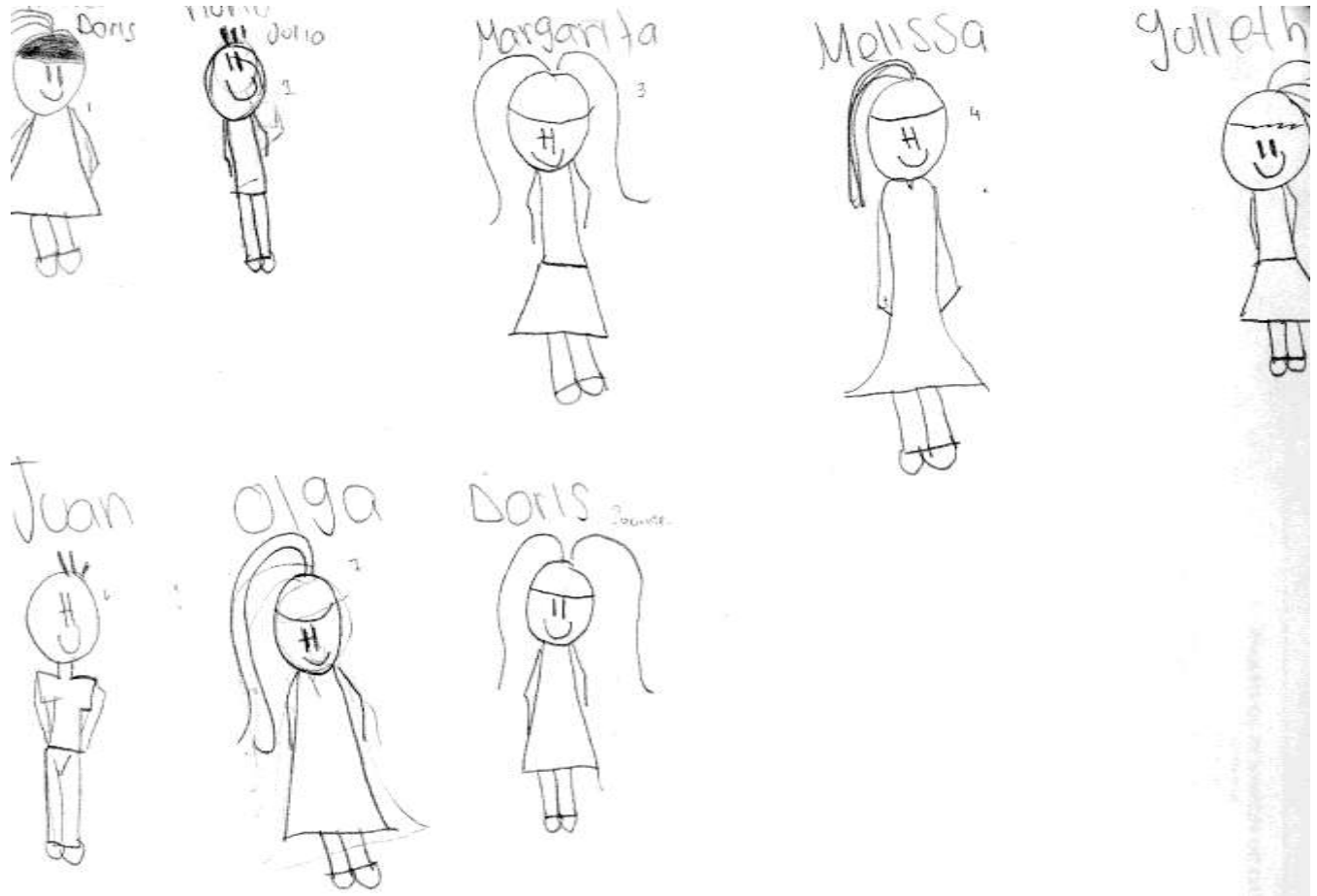


- Juby y Rycraft. (2004). Family observation strategies for families in poverty. *Families in society*, 85 (4), 581-588).
- Lamas, C. (2010). Los primeros contactos. En: M. Coletti, y J. L. Linares (Comps), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. (6ª. Impr.), (p. 83-123). Madrid: Espasa Libros.
- Sergi Corbella y Luis Botella, 2003, vol. 19, nº 2, *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación*, (p. 205-221)
- Valdés, A. A. (2007). *Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar*. México: El manual moderno.
- Vega, S. (2010). Instrumentos de trabajo. En: M. Coletti, y J. L. Linares (Comps), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. (6ª. Impr.), (p. 124-165). Madrid: Espasa Libros.
- Vidal, M. (1975). *Moral de actitudes I. Moral fundamental*. Madrid: Perpetuo Socorro.



Anexos

Test de la familia



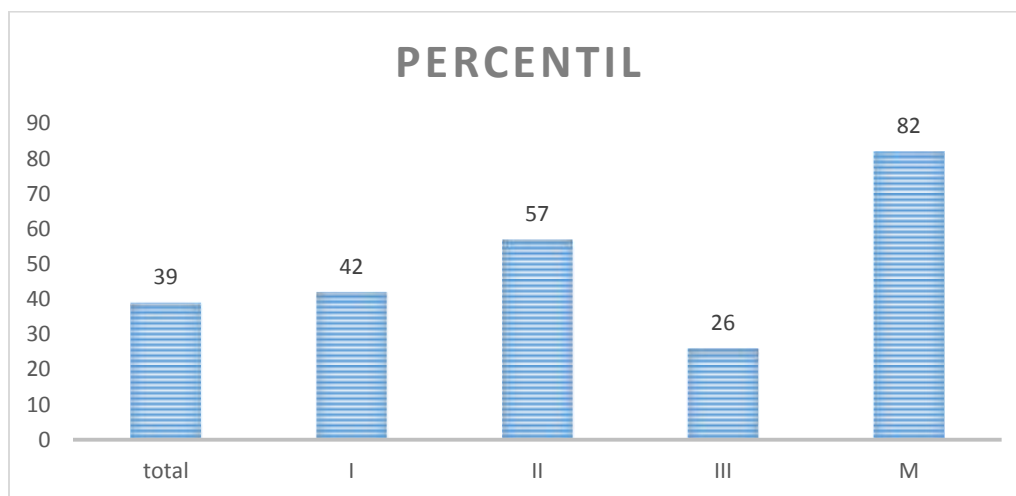
Afectivamente, la abuela materna es la persona a quien más admira; la persona más cercana es su progenitora; el progenitor no existe por lo que es asociado con rechazo, temor o miedo; su hermana mayor se encuentra en un rango significativo con relación a las demás personas; la figura del abuelo materno manifiesta cierta distancia afectiva. En las expresiones del rostro manifiesta timidez, retraimiento, ausencia de agresividad y poco empuje o temor a sus impulsos sexuales. Se perciben rasgos de impulsividad e intolerancia, miedo a lo externo, a comunicarse y a vincular a su vida otras relaciones sociales. La ausencia de manos manifiesta sentimientos de culpa y temor a la agresión física.



	Puntuación natural	Percentil	Puntuación t
Ansiedad total	8	39	47
Ansiedad psicológica	3	42	9
Inquietud hipersensibilidad	4	57	10
Preocupaciones sociales concentradas	1	26	8
Mentira	4	82	12

Prueba de ansiedad

Grafica 1 percentil



De acuerdo con la puntuación y gráfica anterior se puede describir que la paciente de 11 años y que cursa 5°. Grado, presenta síntomas de ansiedad leve con un total de percentil bajo de 39; seguido de la ansiedad psicológica con un percentil aproximado de 42; inquietud hipersensibilidad con un percentil de 57; preocupación social centrada con 26 y mentira con 82

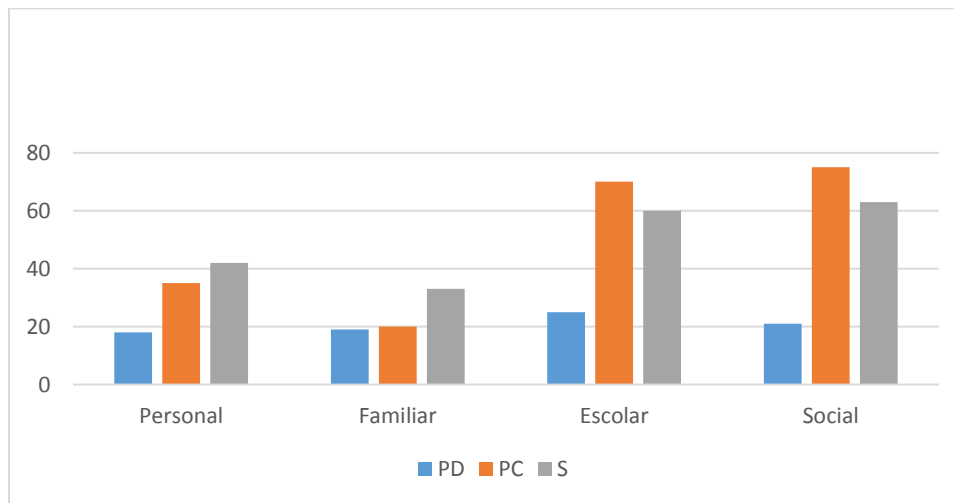
Finalmente se concluye que la adolescente tiende a ser nerviosa, miedosa e hipersensible a las reacciones en el ambiente; además parece expresar una necesidad excesiva de deseabilidad o aceptación social, también puede relacionarse con sentimientos de aislamiento o rechazo social por parte de la adolescente.



Prueba IAC

	PD	PC	S
Personal	18	35	42
Familiar	19	20	33
Escolar	25	70	60
Social	21	75	63

Grafica Prueba IAC



Según los resultados y la gráfica anterior se puede concluir que en el aspecto personal se observa: preocupación por la etapa de desarrollo que vive, sentimientos de inferioridad y falta de aceptación de los cambios que sufre el cuerpo. En el plano familiar aparecen actitudes de crítica, dificultades en la convivencia, falta de aceptación de las normas establecidas, así mismo es posible que haya dificultad para involucrarse con el sistema familiar.

María Inés Osorio Celis
Psicóloga
Estudiante en Clínica
Universidad Pontificia Bolivariana

Psicóloga Lina Patricia Méndez Moreno
Magíster en Psicología Clínica y de la Familia
Universidad Pontificia Bolivariana.
Seccional Bucaramanga.