



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ABORDAJE SISTÉMICO ESTRUCTURAL EN UN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE UNA ADOLESCENTE

**Línea de investigación:
Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Psicoterapia Familiar Sistémica

Autora

Arce Segovia, Jeannette Jacqueline

Asesor

Ballena Descalzo, Rafael Omar

ORCID: 0000-0003-3477-4584

Jurado

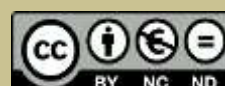
Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Aliaga Ponce, Carmen Rosa

Ramírez Magallanes, Olga Ada

Lima - Perú

2023



Document Information

Analyzed document	1A_Arce Segovia_Jeannette Jacqueline_Segunda Especialidad 2022_docx.docx (D163558241)
Submitted	2023-04-10 21:41:00 UTC+02:00
Submitted by	sofia teresa salazar chamba
Submitter email	ssalazar@unfv.edu.pe
Similarity	16%
Analysis address	ssalazar.unfv@analysis.arkund.com

Sources included in the report

SA	Universidad Nacional Federico Villarreal / 1A_BLAS ESPINOZA_CARMEN CELESTINA_PSICOTERAPIA FAMILIAR SISTEMICA_2023.docx		
	Document 1A_BLAS ESPINOZA_CARMEN CELESTINA_PSICOTERAPIA FAMILIAR SISTEMICA_2023.docx (D158820372) Submitted by: ssalazar@unfv.edu.pe Receiver: ssalazar.unfv@analysis.arkund.com		1
SA	Universidad Nacional Federico Villarreal / Elvis_Alexxander_Diaz_Gutiérrez_Trabajo_Academico_Segunda_Especialidad_2016.pdf		
	Document Elvis_Alexxander_Diaz_Gutiérrez_Trabajo_Academico_Segunda_Especialidad_2016.pdf (D27072256) Submitted by: fcaldas@unfv.edu.pe Receiver: fcaldas.unfv@analysis.arkund.com		1
SA	Universidad Nacional Federico Villarreal / 1A_Rodriguez Ortiz_Adela Esperanza_Segunda_Especialidad_2021 (1) (1) (1).docx		
	Document 1A_Rodriguez Ortiz_Adela Esperanza_Segunda_Especialidad_2021 (1) (1) (1).docx (D128210636) Submitted by: ssalazar@unfv.edu.pe Receiver: ssalazar.unfv@analysis.arkund.com		8
SA	Universidad Nacional Federico Villarreal / 1A_Chumpitaz Chumpitaz Rosa María_Psicoterapia Familiar Sistemica_2021 (1).docx		
	Document 1A_Chumpitaz Chumpitaz Rosa María_Psicoterapia Familiar Sistemica_2021 (1).docx (D128854880) Submitted by: ssalazar@unfv.edu.pe Receiver: ssalazar.unfv@analysis.arkund.com		1
SA	Universidad Nacional Federico Villarreal / 1A_TIMANARODRIGUEZ_DAGMARJHANET_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2021.docx		
	Document 1A_TIMANARODRIGUEZ_DAGMARJHANET_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2021.docx (D112595086) Submitted by: jobregon@unfv.edu.pe Receiver: jobregon.unfv@analysis.arkund.com		4



FACULTAD DE PSICOLOGIA

ABORDAJE SISTÉMICO ESTRUCTURAL EN UN TRASTORNO

OBSESIVO COMPULSIVO DE UNA ADOLESCENTE

Línea de investigación:

Salud Mental

Trabajo Académico para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en

Psicoterapia Familiar Sistémica

Autora:

Arce Segovia, Jeannette Jacqueline

Asesor:

Ballena Descalzo, Rafael Omar

ORCID: 0000-0003-3477-4584

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Aliaga Ponce, Carmen Rosa

Ramírez Magallanes, Olga Ada

Lima – Perú

2023

Dedicatoria

A Dios, quien me acompaña siempre, mis hijos,
mi valiente Jharetssi y mi carismático Jhosepmir
que son el motivo para seguir esforzándome por
ser buena persona y mejor profesional.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por haberme dado el Don de la perseverancia y haberme encaminado a decidirme ser psicóloga; a mi madre por enseñarme a ser luchadora, a mi padre por su comprensión y a mis hijos por regalarme sus hermosas sonrisas.

ÍNDICE

Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Descripción del problema	2
1.2 Antecedentes	3
1.2.1 Antecedentes internacionales	3
1.2.2 Antecedentes nacionales	5
1.2.3 Marco Teórico	6
1.3 Objetivos	15
1.3.1 Objetivo general	15
1.3.2 Objetivos específicos	16
1.4 Justificación	16
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	17
II. METODOLOGÍA	18
2.1 Tipo y diseño de estudio	18
2.2 Ámbito temporal y espacial	18
2.3 Participante	18
2.4 Técnicas e instrumentos	19
2.4.1 Técnicas	19
2.4.2 Instrumentos	19
2.4.3 Evaluación psicológica	19
2.5 Plan de intervención	23
2.5.1 Plan de intervención y calendarización	23

2.5.2 Programa de intervención	24
2.6 Consideraciones éticas	29
III. RESULTADOS	30
3.1 Análisis de los resultados	30
3.2 Discusión de los resultados	31
IV. CONCLUSIONES	33
V. RECOMENDACIONES	34
VI. REFERENCIAS	35
VII. ANEXOS	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Descripción de los integrantes de la familia	22
Tabla 2.	Plan de intervención de corte sistémico estructural	23
Tabla 3.	Primera sesión	24
Tabla 4.	Segunda sesión	25
Tabla 5.	Tercera sesión	26
Tabla 6.	Cuarta sesión	27
Tabla 7.	Quinta sesión	28
Tabla 8.	Sexta sesión	29

RESUMEN

El presente estudio de caso se basa en el Modelo Estructural de Terapia Familiar Sistémica, desarrollado por Salvador Minuchin, al ser una opción de intervención terapéutica en el cual se considera a la familia como sistema abierto. En el presente caso el objetivo fue reestructurar los patrones de interacción que determinan las relaciones funcionales entre sus miembros ya que se aprecia que las estructuras familiares son disfuncionales. Acude a la primera entrevista una adolescente de 13 años traída por su madre, quien refiere que a la menor se le incrementan los síntomas de Trastorno Obsesivo Compulsivo en el ambiente familiar que en otros contextos, además, de tener una mala relación entre ambas; agrega, que la abuela materna la desautoriza y sobreprotege a la menor. Mediante esta primera entrevista se aprecia que existen en esta familia coaliciones y triangulaciones, así como, jerarquías inadecuadas y límites difusos, hay una relación distante emocionalmente entre la madre y la hija. Los resultados mostraron que, a través de la intervención terapéutica realizada en 06 sesiones se consiguió instaurar nuevas formas de comunicación en la familia, establecer límites y clarificar los roles y funciones, favoreciendo además la disminución de los síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo en la menor y mostrando así la eficacia de la Psicoterapia Familiar Sistémica.

Palabras clave: estructura familiar disfuncional, terapia familiar sistémica, trastorno obsesivo compulsivo

ABSTRACT

The present case study is based on the Structural Model of Systemic Family Therapy, developed by Salvador Minuchin, as it is a therapeutic intervention option in which the family is considered as an open system. In the present case, the objective was to restructure the interaction patterns that determine the functional relationships between its members since family structures are believed to be dysfunctional. A 13 years old adolescent came to the first interview brought by her mother, who reported that the minor's symptoms of Obsessive Compulsive Disorder increased in the family environment than in other contexts, in addition to having a bad relationship between the two, she adds that the maternal grandmother disavows her and overprotects the minor. Through this first interview it is seen that there are coalitions and triangulations in this family, as well as inadequate hierarchies and diffuse limits, there is an emotionally distant relationship between the mother and daughter. The result showed that, through the therapeutic intervention carried out in 6 sessions, it was possible to establish new forms of communication in the family, establish limits and clarify roles and functions, also favoring the reduction of the symptoms of Obsessive Compulsive Disorder in the minor and thus showing the effectiveness of Systemic Family Psychotherapy.

Keywords: Systemic Family Approach, Obsessive Compulsive Disorder, dysfunctional family structure

I. INTRODUCCIÓN

Algunos estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo – Noguchi” (INSM “HD-HN”, 2007, citado por OMS, 2021) indican que la prevalencia de presentar algún problema de salud mental en niños y adolescentes en Lima y Callao varía entre 20.3%, 18.7% y 14.7 % en los grupos de edad de 1.5 a 5 años, 6 a 10 años y 11 a 17 años respectivamente.

Bobes et al., (2001) hace referencia que la OMS coloca al trastorno obsesivo compulsivo dentro de las primeras veinte enfermedades incapacitantes, y también dentro de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes; además, que hay estudios que demuestran que los pacientes que sufren de TOC tienen una muy baja calidad de vida, debido a que esta condición puede ser tanto mental como físicamente agotadora.

La familia como institución, es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios Fishman (1995).

Según Minuchin (1979) la terapia Estructural de Familia es una terapia de acción: Una transformación de la estructura familiar permitirá alguna posibilidad de cambio. La meta de las intervenciones estructurales se entiende como reubicación de los miembros individuales de la familia dentro de sus subsistemas primarios y secundarios.

Por ello, debido a la importancia de la terapia sistémica estructural en la mejora de las relaciones familiares; dicho modelo se planteó para el presente estudio de caso. Así pues, se expone el caso de una familia de 4 integrantes, en el cual hay una adolescente que presenta un Trastorno Obsesivo Compulsivo, con síntomas desde hace 1 año aproximadamente, se identifican coaliciones y triangulaciones, dificultades en el subsistema parental y fraternal, distanciamiento afectivo y déficit en la comunicación; este caso es manejado mediante el Modelo Estructural de Terapia Sistémica.

En la primera parte se realiza una descripción del problema y se menciona los antecedentes nacionales e internacionales, se definen los objetivos, la justificación del estudio y los impactos esperados del trabajo académico. En la segunda parte se muestra la metodología, la entrevista y el programa de intervención. La parte tercera está compuesta por los resultados tanto a nivel de la paciente como los cambios sistémicos familiares. En la cuarta y quinta parte se plantean las conclusiones y las recomendaciones del caso. Finalmente, se culmina con las referencias que se usaron en el trabajo.

1.1. Descripción del Problema

El presente estudio de caso es referido a una familia de cuatro miembros: la madre Ana, abuela materna Carmen, hermana menor de 8 años de edad y Rosario, esta última es una adolescente de 13 años de edad que es traída por su madre quien manifiesta que la menor ha sido diagnosticada por un médico psiquiatra, hace un año, aproximadamente de Trastorno Obsesivo Compulsivo y recibe tratamiento farmacológico, con lo que ha notado que los síntomas como miedo excesivo a contaminarse con gérmenes, lavarse frecuentemente las manos, limpiar superficies en forma constante y repetir ciertas acciones, han disminuido.

Cabe agregar que la ex pareja de Ana, quien es el padre de Rosario, la abandonó cuando Ana aún estaba gestando y desde entonces no mantienen ningún nivel de comunicación con él. La madre menciona que está preocupada porque actualmente Rosario no la obedece, siente que no le tiene confianza ya que no le cuenta sus problemas personales, le contesta de mala manera, es poco expresiva en emociones y afectos y tiene dificultades en las habilidades sociales; agrega, que la abuela materna Carmen la “engríe” demasiado (la consuela cada vez que llora, le compra lo que pide y se le acerca cuando percibe que realiza un ritual) y la desautoriza como madre corrigiendo y llamando la atención a la madre en presencia de Rosario. Por otro lado, la menor manifiesta que su madre se molesta con ella fácilmente, es agresiva verbal y

físicamente, en varias ocasiones le ha gritado diciendo: “Mejor no hubieras nacido, me traes muchos problemas”, “Ya no te aguanto”, además no se siente comprendida por ella, especialmente con lo que respecta al TOC, pues en ocasiones tiende a demorarse en realizar actividades debido a las obsesiones y su madre le apura y grita, Rosario manifiesta que en casa se siente “tensionada” y suele tener más compulsiones que en el Colegio, ella considera que es porque en el Colegio tiene un ambiente más grato con las pocas amigas con las que relaciona. Así también, la menor menciona que siente que su abuela materna es la única que la comprende y por ello tiende a buscarla cuando presenta enfrentamientos con su madre ya que además su hermana menor suele acusarla frecuentemente ante la madre, contándole muchas veces las conductas inadecuadas que realiza, Rosario cree que la madre quiere más a su hermana y por ello la consiente más.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Investigaciones internacionales

Peñaherrera (2021) investigó acerca de la efectividad de la terapia familiar sistémica en estados de ansiedad; el estudio contó con una muestra de 26 participantes que evidenciaron una reducción de 13 puntos en promedio en los niveles de ansiedad desde la primera consulta hasta la quinta sesión, se aplicó en dos momentos (pretratamiento y postratamiento) el test estandarizado “Inventario de Ansiedad Estado Rasgo- STAI” para identificar la variación de los estados de ansiedad. Los resultados aportan evidencia que señalan que las intervenciones empleadas fueron eficaces desde la primera sesión para reducir los estados de ansiedad.

Toro (2013) realizó un estudio de caso clínico sobre la intervención sistémica desde el modelo estructural y su influencia del nuevo rol monoparental en las interacciones intrafamiliares con madres divorciadas y sus hijos. Presenta 3 casos de familias, cuyo objetivo es modificar la estructura familiar con respuestas efectivas de tipo afectivo, cognitivo y

conductuales, expresión de sentimientos, mejora de la comunicación, cooperación en el cuidado y custodia de los hijos. Luego de terminado el proceso terapéutico se apreció cambios en la estructura familiar, como la estabilidad emocional, la aceptación de la madre en su nuevo rol y con esto las nuevas responsabilidades, lo que ha determinado un mejor manejo de la comunicación y establecimiento de la jerarquía familiar y fronteras.

Pérez (2013) elaboró un estudio de caso cuyo propósito fue conocer los efectos de la aplicación de un modelo de intervención clínica, fundamentado en el enfoque sistémico desde el modelo estructural para la disminución de la conducta violenta; en cuya muestra participaron 7 pacientes ambulatorios de una Clínica Psiquiátrica. Obtuvieron que la aplicación del enfoque sistémico modelo estructural logró cambios en la dinámica del sistema y por consiguiente una reducción significativa de la conducta violenta como supuesto síntoma de esas interacciones familiares. Concluye que este modelo es una intervención eficaz en el contexto psiquiátrico con pacientes o sus familiares, enfocando siempre al paciente como parte de un sistema que está en contacto directo con su dinámica familiar, influenciado y partícipe de su propia conducta, que debe ser tratado en conjunto y no señalado como portador único de su malestar emocional.

Muñoz (2011) realizó una investigación en la cual buscó conocer y analizar los factores familiares asociados al desarrollo y mantención de la depresión en un adolescente. Se realizó un análisis estructural de los sistemas familiares de adolescentes que cursan un síndrome depresivo mediante un método de estudio de casos múltiples, basado en los paradigmas de la investigación cualitativa y en los postulados de la Teoría Estructural de la Familia. Del análisis de las entrevistas familiares, individuales y parentales se obtuvieron 2 categorías sobre el funcionamiento del sistema familiar: disyunción y conflicto familiar y ciclo del aislamiento. Se concluyó que las familias con miembros adolescentes que cursan un síndrome depresivo presentaban, en todos los casos, un funcionamiento de límites de tipo desligado, donde el

síntoma colaboraba en el sostenimiento de las pautas transaccionales de este, al mismo tiempo que el desligamiento ocasionaba un mantenimiento del síntoma; y en ciertas oportunidades, una tendencia a presentar una vinculación vertical y jerárquica entre el joven y sus padres, así como, una tendencia a que alguno de los miembros que se encontrara en conflicto con otro intentara generar una coalición con el adolescente.

1.2.2. Investigaciones nacionales

Timaná (2021) realizó un estudio de intervención sistémica familiar estructural de 6 sesiones en una familia con una adolescente que se muestra desafiante y presenta conductas de riesgo; reflejan jerarquías mal establecidas, límites difusos, patrones de triangulación, coaliciones y distanciamiento emocional. Lográndose cumplir con las metas trazadas de una jerarquía más definida con límites más claros y acercamiento emocional. Esto debido a la demarcación del rol de la madre, delimitación de los subsistemas ocupando el lugar que le corresponde y el aprendizaje de una comunicación más asertiva entre los integrantes de la familia que conducen a reconocer necesidades afectivas, psicológicas y sociales rompiendo así la probabilidad de aparición de alianzas o coaliciones.

Espinal (2019) expuso un estudio de caso psicológico desde la intervención sistémica de la terapia familiar estructural. La paciente identificada es una adolescente de 12 años, quien integra una familia reconstituida. Integrada por su madre, la pareja de ella y un hijo de 6 años del subsistema conyugal. Acude a solicitud de su madre, luego de expresarle que ya no desea vivir con ellos, sino vivir con su padre y el nuevo sistema familiar que él ha formado. La intervención se llevó a cabo en 10 sesiones. Entre las técnicas empleadas cabe destacar el reencuadramiento, reestructuración, realidades y genograma. Se utilizó la Escala de Cohesión y Adaptación familiar FACES III, encontrándose una funcionalidad familiar desligada y estructurada. Los resultados obtenidos evidencian al cumplimiento del objetivo general, el cual fue reestructurar el subsistema aparento-filial del sistema familiar actual. Así mismo, se

alcanzaron los 4 objetivos específicos como restablecer la jerarquía del subsistema parental, restaurar límites claros entre los subsistemas parental, filial y fraternal, además de definir roles y funciones y delimitar fronteras con el holón de abuelos y otros sistemas externos al sistema familiar.

Huamán (2012) investigó la relación entre el malestar asociado a la sintomatología obsesivo-compulsiva y los componentes de la crianza percibida por los adolescentes. La muestra está representada por 181 alumnos, 83 varones y 98 mujeres, de 4to y 5to año de secundaria de una institución educativa escolar de Lima. Se utilizaron dos instrumentos, la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg, que mide la percepción que tienen los hijos sobre el Compromiso, Control conductual y Autonomía psicológica de sus padres. Controlando por las variables Sexo, grado escolar y edad, se encontró que existe correlación positiva significativa ($r = .27$, $p < .001$) entre las subescalas Compromiso y Control Conductual, mientras que la escala de Obsesiones y Compulsiones presenta una correlación negativa significativa ($r = -.20$, $p < .01$) con la subescala Autonomía Psicológica.

1.2.3. Marco teórico

1.2.3.1. Trastorno obsesivo compulsivo. Según la Organización Mundial de la Salud, CIE 11, (2021), los trastornos obsesivos-compulsivos son un grupo de trastornos caracterizados por pensamientos y comportamientos repetitivos que se cree que comparten similitudes en la etiología y los validadores claves de diagnóstico. También menciona que se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones persistentes, o ambos. Las obsesiones son pensamientos recurrentes y persistentes, imágenes o impulsos que son molestos, no deseados y se asocian comúnmente con ansiedad. La persona intenta ignorar o suprimir las obsesiones, o neutralizarlas mediante la realización de compulsiones. Las compulsiones son comportamientos repetitivos como los actos mentales repetitivos que la persona se siente impulsada a realizar en

respuesta a una obsesión, de acuerdo con normas rígidas, o para lograr una sensación de “integridad”. Para que se diagnostique el trastorno obsesivo – compulsivo, las obsesiones y compulsiones deben llevar mucho tiempo y dar lugar a un malestar o deterioro significativos en lo personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Lozano (2017) indica que en las investigaciones realizadas en los últimos años sugieren que, a nivel fenomenológico y conductual, el TOC y los trastornos del espectro obsesivo se diferencian de los trastornos de ansiedad, en este sentido, existe evidencia de las diferencias neurobiológicas, mientras que en la ansiedad la disfunción estaría en la amígdala y la corteza prefrontal, en el TOC la alteración estaría en el circuito órbita fronto estriatopálido talámico. Además, el TOC y los trastornos del espectro obsesivo difieren también de los trastornos de ansiedad en el curso, la comorbilidad, los antecedentes familiares, los factores de riesgo genético, los antecedentes personales, el procesamiento emocional y la respuesta al tratamiento. Este mismo autor señala que por estos motivos, en el DSM – 5 publicado en el 2013, el TOC fue retirado de la sección de los trastornos de ansiedad y forma parte de una categoría que incluye: TOC, Trastorno dismórfico corporal, Tricotilomanía, Trastorno de excoriación, trastorno de acumulación, TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicación, TOC y trastornos relacionados debido a otra condición médica, TOC y trastornos relacionados especificados y finalmente TOC y trastornos relacionados no especificados.

La característica principal de este trastorno es la presencia de obsesiones o compulsiones de manera recurrente, donde las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistente, los cuales son considerados como intrusos e inapropiados, provocando ansiedad o malestar significativos. Sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son producidas por su mente, mas no que provienen del exterior, por tal razón intentan ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas mediante otras ideas o actividades, llegando a la compulsión (López, 2002).

Las obsesiones más comunes son las de contaminación, dudas repetitivas, la necesidad de distribuir las cosas según un orden determinado, impulsos de contenido agresivo u horroroso y fantasías sexuales. Así mismo, las compulsiones se definen como actos mentales o comportamientos que se presentan recurrentemente, cuyo fin es prevenir o aliviar la ansiedad o malestar que lleva consigo una determinada obsesión, mas no propiciar gratificación o placer. Estas obsesiones son excesivas, y en algunos casos no están conectadas de forma racional con las ideas que quieren prevenir o neutralizar (López, 2002).

1.2.3.2. La adolescencia. Según la Organización Mundial de la Salud (2021) la adolescencia es el periodo de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, comprendido entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa. Así mismo lo dividen en 3 etapas:

La primera es la Adolescencia temprana: Comprendido entre los 10 y 13 años, en la que las hormonas sexuales comienzan a estar presentes y por esto se dan cambios físicos: cambian la voz, aparece el vello púbico y axilar, olor corporal, aumento de sudoración y acné. Es resaltante la búsqueda de amigos.

La segunda es la Adolescencia Media: Entre los 14 y 16 años. Comienzan a evidenciarse cambios a nivel psicológico y en la construcción de su identidad, cómo se ven, cómo quieren que los vean, La independencia de sus padres y es la etapa en la que pueden caer fácilmente en situaciones de riesgo.

La tercera es la Adolescencia tardía: Dese los 17 y puede extenderse hasta los 21 años. Comienzan a sentirse más cómodos con su cuerpo, buscando la aceptación para definir así su identidad. Se preocupan cada vez más por su futuro y sus decisiones están en concordancia con ello. Los grupos ya no son lo más importante y comienzan a elegir relaciones individuales o

grupos pequeños. La adolescencia es mucho más que una etapa de la vida y el desarrollo madurativo es un trabajo de transformación o proceso de expansión y crecimiento, de germinación y creatividad, que como cualquier proceso viviente tiene logros y fracasos.

Pineda y Aliño (2001) mencionan la importancia de identificar de los factores de riesgo y factores protectores de los adolescentes: Factores de riesgo en los adolescentes: Conductas de riesgo, Familias disfuncionales, Deserción escolar. Consumo de alcohol y drogas, Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas.

Por otro lado, refiriéndose al embarazo, los factores protectores de la salud de los adolescentes:

Los factores protectores de la salud son determinadas circunstancias, características y atributos que facilitan el logro de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social. Son susceptibles de modificarse e intensificarse y no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar. Se han identificado:

- Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funcionales de la familia.
- Políticas sociales dirigidos a la atención de la niñez y adolescencia con acciones específicas que permitan la salud integral, el desarrollo y bienestar social.
- Desarrollo de medio ambientes saludables y seguros
- Igualdad de oportunidades para el acceso a la salud, educación, práctica del tiempo libre, desarrollo y bienestar.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.

Como se ha mencionado la adolescencia es una etapa de muchos cambios continuos, tanto internos como externos, es un periodo el cual debe estar acompañado de un ambiente propicio que acompañe en estos cambios. La familia es el primer lugar que debería encontrar el adolescente para desarrollarse favorablemente.

La familia ocupa una posición central para la comprensión de la salud y la enfermedad, es un pequeño grupo, con una dinámica característica, ya que tiene una continuidad histórica y está formada de manera natural. Las características de las familias en las últimas décadas han sufrido cambios importantes que están presentes también en nuestra sociedad y que están dados esencialmente por la pérdida de la organización patriarcal y un mayor papel de la mujer como centro, disminución del número de sus miembros e incremento de familias monoparentales; sin embargo, esto no significa necesariamente la pérdida o disolución de la familia, sino que condiciona cambios en su organización y dinámica, para dar solución a sus funciones básicas. En el ciclo vital de la familia están presentes las crisis transitorias o evolutivas, que conlleva cambios en los roles y en la dinámica familiar, como es, entre otros, la llegada de los hijos a la adolescencia y sus necesidades de seguridad y a la vez de independencia, crisis transitoria que si es adecuadamente conducida tiene un resultado final positivo (Pineda y Aliño, 2011).

1.2.3.3. La familia y el modelo estructural sistémico. La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca (Minuchin, 2003).

Ares (2002) menciona que la familia, desde un enfoque sistémico, es definida como aquel medio de interacción, que maneja una estructura con funciones diferenciales destinadas a cada miembro, donde finalmente forman una unidad frente al ambiente que los rodea. Así mismo. Así también, conceptualiza a la familia como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuerte sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. Esta misma autora señala algunas funciones que cumple la familia: Presencia de límites y jerarquía.

Respeto al espacio físico y emocional de cada miembro. Reglas flexibles pero claras y precisas. Capacidad de reajuste ante los cambios. Adecuada distribución de roles Adecuadas estrategias para resolver situaciones de conflictos.

El Modelo Estructural Sistémico es una opción de análisis e intervención terapéutica que provee la oportunidad de estudiar a las familias como sistemas abiertos en los que se establecen ciertas pautas de interacción (estructura familiar) que determinarán la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones familiares.

Este modelo considera a los miembros de la familia relacionándose de acuerdo con ciertas reglas que constituyen la estructura familiar. Minuchin (2003) define la estructura familiar como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse.

Así mismo, menciona que, los límites internos se identifican entre los miembros de los subsistemas familiares, mientras que los límites externos se reconocen por las reglas de interacción entre la familia y el medio ambiente externo.

Minuchin (2003) reconoce tres tipos de límites:

- Claros. Son aquellas reglas que pueden definirse con precisión como para permitir a los miembros del sistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias entre subsistemas, pero permitiendo el contacto entre los miembros de los diferentes holones.
- Difusos. Son aquellos que no se definen con precisión; no queda claro quién debe participar, cómo y cuándo, habiendo falta de autonomía entre los miembros del sistema, quienes están aglutinados mostrando invasión entre subsistemas. El estrés de un miembro individual repercute intensamente en los demás.

- Rígidos. En las familias con este tipo de límites, la comunicación entre sus miembros se torna muy difícil; cada uno funciona en forma autónoma con desproporcionado sentido de independencia, careciendo de sentimientos de lealtad y pertenencia. Sólo un alto nivel de estrés afectando a un miembro puede activar los sistemas de apoyo de la familia.

Minuchin y Fischman (2004) hacen referencia al subsistema u holones para designar la existencia de sistemas menores dentro de la familia, es decir un subsistema forma parte del sistema familiar y a la vez es un todo. Un subsistema es abierto si está dispuesto a recibir información de otros subsistemas y al cambio. Caso contrario, es cerrado cuando no acepta elementos nuevos del exterior, permaneciendo estático en el tiempo. Mencionan tipos de subsistemas:

- Subsistema u holón individual: hace referencia a la percepción personal de la propia historia individual, la cual se construye a través de interacciones con otros dentro del sistema familiar.
- Subsistema u holón conyugal: implica la unión de la pareja, que de forma implícita y explícita comparten la perspectiva de constituir juntos un nuevo sistema, la diada marido y mujer. Lo que indudablemente implica un margen de pérdida de la individualidad en pro de ganar pertenencia. Tienen como tarea fijar límites y fronteras con otros subsistemas.
- Subsistema u holón parental: cobra lugar el rol de padre y madre, donde las funciones primarias se direccionan a la crianza y socialización del subsistema filial. Es modificable pues evoluciona de forma directa al crecimiento de los hijos y las necesidades del ciclo vital. La negociación es primordial para resolver conflictos de autoridad y responsabilidades.
- Subsistema u holón filial: el cual se organiza según las edades entre los hijos, por lo que existe una jerarquía generacional que marce una interacción complementaria.
- Subsistema u holón fraternal: es un sistema de interacción simétrica que da lugar al aprendizaje de alianza, cooperación, apoyo mutuo, limitaciones y competencia.

- Subsistema u holón abuelo: es la relación entre abuelos y nietos de interacción complementaria, donde se encuentran mitos familiares y reglas de orden intergeneracional.

Minuchin (2003) además ha identificado otras formas de relaciones familiares que gobiernan las interacciones de sus miembros, tales como la jerarquía, centralidad, periferia, hijos parentales, alianzas, coaliciones y triangulaciones, que también son parte de la estructura familiar.

Jerarquías. Se refiere a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, y marca la subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro. Es decir, como define la función del poder y sus estructuras de la familia, orilla a una diferenciación de los roles de padres e hijos y sirve como fronteras entre generaciones (Eguíluz, 2004).

Alianzas. Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema, es decir, que hace referencia a la percepción o experiencia de dos o más personas unidas en una empresa, interés, actitud, o conjunto de valores en común (Eguíluz, 2004).

Coaliciones. Se habla de coaliciones cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de distintas generaciones aliadas contra un tercero. La oposición contra un tercero puede expresarse por medio del conflicto, la exclusión, entre otros (Eguíluz, 2004).

Los triángulos: El triángulo, tiene como función dentro de un sistema, equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, es decir, una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad como referencia a un tercero.

A. *Objetivo de la terapia.* Según Minuchin (2003) el objetivo del terapeuta de familia y la técnica a la que recurre están determinados por su marco teórico. La terapia estructural de familia es una terapia de acción. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. El terapeuta se asocia al sistema y utiliza a su persona para

transformarlo. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias subjetivas. Con este objetivo el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema:

- Una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio.
- El sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Por tanto, el terapeuta se une a la familia no para educarla o socializarla, sino, para reparar o modificar su funcionamiento para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia.
- El sistema de la familia de la familia tiene propiedades de autoperpetuación, es decir, el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de ésta.

B. *Técnicas terapéuticas.* La Terapia estructural emplea técnicas como:

- Reencuadre: Es una técnica compleja que se despliega en tres fases:

Escenificación, el procedimiento requiere que el terapeuta observe primeramente las interacciones espontáneas de la familia y decida qué aspectos del patrón disfuncional observado intentara cambiar. Después pide a los integrantes del sistema familiar que escenifiquen una determinada secuencia en su presencia e interviene aumentando su intensidad y/o duración.

Focalización: Implica prestar atención a una información e ignorar otra, de forma que durante la entrevista se resalta un tema sobre el que trabajar. El tema que el terapeuta considera importante termina siéndolo también para la familia.

Intensificación: En ocasiones puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero no lo consideran información nueva, porque no tienen en cuenta las diferencias inherentes en él con respecto a su forma habitual de ver las cosas; es necesario, dotar al mensaje de la intensidad suficiente para ser algo nuevo y distinto, evitando que sea absorbido por las reglas del sistema. El mensaje que el terapeuta necesita introducir en el sistema familiar para provocar crisis gana intensidad si se recurre al humor, la exageración y al cambio in situ.

- Técnicas Reestructurantes. Tenemos las siguientes:

Fijación de límites: Con esta intervención se regula la permeabilidad de los límites entre subsistemas, de manera que los límites excesivamente rígidos se hacen más permeables y los porosos se fortalecen. Al cambiar los límites cambian las reglas que rigen las relaciones.

Desequilibrio: Su finalidad es modificar la jerarquía familiar, para lo cual el terapeuta se alía con miembros de la familia, ignora a determinados integrantes del sistema o se coaliga con una persona o un subsistema en contra de otras personas o subsistemas.

Complementariedad: Es la capacidad de ver el problema formando parte de un todo más amplio y de mostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y a la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta.

- Técnicas de Cambio de Visión: Afectan la percepción de todos con respecto al síntoma.

Modificación de los constructos cognitivos: la modificación del sistema familiar de creencias facilitará el necesario conductual.

Intervenciones paradójicas: Se trata de técnicas basadas en una postura de oposición por parte de la familia, puesto que se espera que esta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, conteniendo implícitamente una alternativa que señala en la dirección del cambio.

Facetas fuertes: Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que en la familia existe una parte potencial de cambio que no vemos, lo que vemos es el síntoma. Todo esto contribuye a mejorar la conducta

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Describir la eficacia de la psicoterapia sistémica estructural en una adolescente que presenta trastorno obsesivo compulsivo.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- Reestablecer la jerarquía, límites claros y los roles familiares.
- Mejorar el vínculo emocional y de comunicación de los subsistemas parental y fraternal.
- Redefinir la creencia que tiene la madre sobre el trastorno que presenta la paciente identificada.

1.4. Justificación

La adolescencia es el grupo etario que menos interés ha suscitado entre la comunidad médica y psicológica. Existen pocas investigaciones nacionales con este grupo de población. Así como, escasas publicaciones en español de la terapia sistémica estructural; sin embargo, los adolescentes y las familias continúan expuestos a muchos riesgos como, violencia, delincuencia, consumo de drogas, problemas familiares y trastornos mentales, entre otros; es preciso tener en cuenta que la mayoría de estas conductas o problemas son prevenibles. Por esto, toma gran importancia aportar al campo metodológico de la intervención terapéutica para adquirir nuevos conocimientos que brinden prevención o solución a estas diferentes problemáticas.

De acuerdo con Restifo y Bögels (2009, citados por Peñaherrera, 2021), un amplio cuerpo de investigaciones ha aclarado que el desarrollo y mantenimiento de estos síntomas y trastornos en la población infanto-juvenil está asociado a la calidad de las relaciones familiares, de las relaciones parento-filiales y del vínculo marital.

El presente estudio de caso clínico es una propuesta del modelo estructural para intervenir según esta perspectiva terapéutica, por cuanto describe una realidad no muy estudiada en nuestro medio como lo es la importancia de la interacción familiar con un miembro familiar adolescente que padece de TOC. Se aplicarán las técnicas que brinden

aportes a los profesionales para intervenir y desarrollar estrategias de intervención que se puedan utilizar para disminuir la problemática presentada.

En este estudio se ha apreciado que las inadecuadas interacciones de la madre con su hija incrementan los síntomas de Trastorno Obsesivo en la menor u otros problemas emocionales, siendo para ello necesario una reestructuración de la dinámica familiar.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Los adolescentes constituyen un subgrupo poblacional muy importante desde la perspectiva de salud pública, no solo por su número sino también porque su estado de salud, su comportamiento y sus hábitos actuales tendrán una enorme repercusión en su estilo de vida y salud futura.

Este estudio de caso se centra en reestructurar las jerarquías en esta familia, así como cambiar la forma de comunicarse entre los miembros de manera realista, responsable y respetuosa; sobre todo mejorar la relación en el subsistema parental entre esta adolescente y su madre, ya que la relación inadecuada al parecer genera más síntomas del trastorno obsesivo compulsivo en la menor.

Así mismo, este estudio pretende llenar ese vacío de conocimiento existente hasta la fecha en relación con el tema de estudio y servir como base de investigaciones futuras.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de estudio

El método utilizado en este estudio de caso fue el método cualitativo con un diseño de caso único. Hablar de método cualitativo es hablar de un modo de investigar los fenómenos sociales, en el que se persiguen determinados objetivos para así, dar respuesta a algunos problemas concretos a los que se enfrenta esta misma investigación (Denzin & Lincoln, 1994).

2.2. Ámbito temporal y espacial

La evaluación e intervención del presente estudio se desarrolló entre los meses de enero, febrero y marzo del año 2020, en un consultorio particular psicológico “Santo Domingo” en el distrito del Callao; y se desarrollaron 06 sesiones de 60 minutos en promedio cada una de ellas.

2.3. Participantes

Este estudio estuvo conformado por los siguientes miembros de la familia:

La Sra. Ana, natural de Lima, con 42 años, segunda de dos hermanos, su padre falleció cuando ella tenía 30 años, con grado de instrucción Técnica de enfermería. Madre de dos menores Rosario de 13 años y Diana de 8 años, ambas de diferentes padres biológicos.

Rosario, hija mayor de Ana, de 13 años, estudiante de tercer año de secundaria, con diagnóstico por un médico psiquiatra de Trastorno obsesivo compulsivo y recibe tratamiento farmacológico.

No conoce a su padre biológico, nunca ha mantenido comunicación con él.

Diana, hija menor de Ana, de 8 años, estudiante de 3ero de educación Primaria, mantiene contacto con su padre esporádicamente, quien a su vez se separó de su madre cuando ella tenía aproximadamente 5 años.

Sra. Carmen, natural de Ancash, abuela materna de Rosario y Diana, de 69 años, jubilada y viuda hace 15 años.

2.4. Técnicas e instrumentos

2.4.1. Técnicas

Se utilizaron las siguientes: Reencuadre del problema. Connotación positiva. Escenificación. Identificación y reestructuración de roles y funciones. Reestructuración de roles y funciones. Mejoramiento del uso de la comunicación efectiva y asertiva. Reformulación de límites y alianzas. Normalización. Metáfora.

2.4.2. Instrumentos

En este estudio se aplicó la Entrevista psicológica a la familia, cuyo objetivo era recoger información sobre el estado del paciente identificado y su familia. En el Modelo Estructural el problema se da en el momento en que la disfunción de las partes estructurales (patrones mediante los cuales los miembros de las familias interactúan) afectan a un todo, por ello la entrevista busca hacer un diagnóstico de la estructura, precisar el lugar de la disfunción y trazar fronteras. La primera entrevista es de fundamental importancia, pues representa el primer encuentro entre el sistema familiar y el terapeuta (Andolfi, 2001).

2.4.3. Evaluación psicológica

Historia psicológica. Problema actual

La señora Ana acude a consulta con su hija mayor Rosario de 13 años de edad, refiere que desde aproximadamente un año le diagnosticaron a la menor Trastorno obsesivo compulsivo y recibe tratamiento farmacológico, pero ha percibido, y la menor también se lo ha comunicado, que tiene mayores compulsiones en casa que en el Colegio, además que no la obedece, en ocasiones le contesta de mala manera y tiene dificultades en las habilidades sociales; si la madre le impone un castigo o le llama la atención, la abuela materna la desautoriza y se queja de que la madre es muy agresiva. Así mismo, Rosario menciona que en casa se siente “presionada y estresada” y que tiene una mala relación con su madre y hermana,

considera que su abuela materna es la única que la quiere y entiende, especialmente con respecto al TOC.

Desarrollo cronológico del problema. El padre biológico de Rosario se separó de Ana cuando ella estaba gestando y perdió todo contacto con él. Desde que nació Rosario hasta la edad de 3 años, fue criada por la abuela materna pues la madre se quedó trabajando en una provincia de Lima, al regresar la madre a casa de la abuela materna (Carmen) en la capital, esta última se quejaba de los métodos de crianza que empezaba a impartir Ana con la menor y en muchas ocasiones desautorizaba a la madre y asumía el rol materno ya que además la madre trabajaba varias horas al día. Luego de unos años Ana inicia una relación amorosa con Lucas con quien llega a tener a su segunda hija llamada Diana, pero a los 3 años aproximadamente terminan la relación.

Al ingresar Rosario a la adolescencia, 12 años de edad, se incrementan los problemas en la familia, a la menor le diagnostican Trastorno obsesivo compulsivo (pensamientos y compulsiones de contaminación) por el cual recibe tratamiento farmacológico; Ana por muchos meses no comprende las características que esto genera en la menor y se torna más impaciente y considera que en muchas circunstancias Rosario hace las compulsiones para “fastidiar” a Ana, lo que a su vez genera que Ana se torne más agresiva con ella verbal y físicamente y conflictos por ello con Carmen; sin embargo ante los castigos o llamadas de atención de la madre, Diana (hermana menor) se muestra indiferente y más bien tiende a acusar a Rosario y darle quejas del mal comportamiento cuando Ana regresa del trabajo. Rosario refleja distancia emocional con su hermana por estas actitudes. Desde que Rosario recibe tratamiento farmacológico la madre percibe que los síntomas han disminuido en frecuencia (lavarse las manos, limpiar superficies, repetir ciertas acciones y temor a contaminarse), pero no totalmente, la menor a su vez se da cuenta que presenta menos indicadores de TOC en el ambiente escolar.

Historia personal. La Sra. Ana nació en Lima, actualmente tiene 42 años y es Técnica en enfermería, segunda de 2 hermanos, criada por su padre José fallecido hace 14 años y su madre es Carmen. Refiere que su padre fue un hombre muy trabajador, continuamente fuera de casa, pero afectuoso y expresivo; su madre, Carmen, trabajaba también varias horas y era distante emocionalmente, no solía tenerle confianza. Ana en su centro de trabajos conoció a Rubén, médico de profesión, y después de pocos meses de enamorados, Ana salió gestando, ella menciona que por discusiones frecuentes se separaron y él dejó de tener contacto alguno con ella pese a que ella lo buscaba e insistía en que ofreciera una manutención. Es así que nace Rosario a los 7 meses por complicaciones en el embarazo. Ana decide quedarse en provincia y la abuela materna cría a Rosario hasta los 3 años, al regresar Ana a convivir con ellas intenta poner reglas y normas que, en muchas ocasiones, según informa ella, no eran coincidentes con las de Carmen.

La Sra. Carmen nació en Apurímac, fue criada por ambos padres, a la edad de 25 años conoce a José, con quien se casa y tienen 2 hijas, Juana y Ana. Llegan a vivir a Lima a casa de unos familiares, al poco tiempo Carmen decide estudiar para ser Técnica en enfermería y deja a sus hijas al cuidado de sus familiares. Actualmente jubilada y con 69 años.

Rosario, una adolescente de 13 años, nació a los 7 meses debido a las complicaciones en el parto de su madre; hasta los 3 años vivió solo con abuela materna porque su madre se quedó en provincia. Nunca conoció a su padre y su madre no le ha dado mucha referencia de él. Desde niña ha sido poco sociable y tiene pocas amigas, responsable en los estudios, pero al iniciar la adolescencia recibe al diagnóstico de Trastorno obsesivo compulsivo, durante varios meses presentó estos indicadores ante los cuáles no se sentía comprendida por su madre. Ella menciona que siente que su madre no la quiere pues la ha tratado agresivamente.

Diana, una niña de 8 años, hija de Ana y Lucas, cuyos padres se separaron cuando ella tenía aproximadamente 3 años. Mantiene una relación de comunicación con su padre

esporádicamente. Desde niña fue sociable. Ella considera que su madre tiene mejor trato con ella pues suele obedecer.

Historia familiar. En la Tabla 1 se describe a los miembros de la familia.

Tabla 1

Descripción de los integrantes de la familia

	Nombre	Edad	Grado de instrucción	Ocupación
Madre	Ana	42	Técnico superior	Empleada
Hija Mayor	Rosario	13	3ero de Secundaria	Estudiante
Hija menor	Diana	8	3ero de Primaria	Estudiante
Abuela materna	Carmen	69	Técnico	Jubilada

Rubén (médico) y Ana (Técnica de enfermería) se conocieron hace aproximadamente 14 años en un hospital de Apurímac, fueron pareja, quedando ella gestando de su hija mayor Rosario, al enterarse, él la abandonó. A los 7 meses de gestación trasladaron a la madre a Cusco debido a las complicaciones en su embarazo, naciendo la menor a esa edad prematuramente. Posteriormente regresaron a vivir a Lima, pero al año la madre regresó a provincia y dejó a la menor al cuidado de abuelos maternos; cuando Rosario tenía 3 años de edad Ana regresó, y el trato hacia la menor era inadecuado, según comenta abuela materna, la castigaba físicamente y difícilmente cumplía su rol materno por lo que la abuela asumía dicho rol; al poco tiempo inició la convivencia con su nueva pareja, saliendo Ana gestando de su segunda hija (Diana); sin embargo después de algunos meses Ana terminó la relación sentimental por la infidelidad cometida por su pareja y retirándose él de la casa de la abuela materna.

Desde entonces la madre y sus dos hijas viven en el segundo piso de la casa y abuela materna en el primero. Los malos tratos de la madre hacia Rosario se incrementan cuando la menor ingresa a la adolescencia y empieza a mostrar síntomas del TOC, la insulta, ofende, grita y castiga físicamente; frente a estas actitudes la abuela materna interviene a favor de Rosario y

se originan conflictos con Ana, quien además se queja que Rosario no la obedece y le contesta de mala manera, Carmen considera que la madre no ha cumplido ni cumple su función ni rol materno, Rosario percibe que la abuela es quien le ha brindado protección, cuidados y afecto a las menores, especialmente a Rosario.

Por otra parte, la relación fraternal ha sido desde siempre conflictiva, Ana ha cedido su autoridad a la menor de sus hijas ante su ausencia en casa, así pues, Diana desde muy pequeña suele llamar la atención a Rosario o se comunica por teléfono con madre y le informa todas las conductas inadecuadas que realiza su hermana mayor, cuando la madre regresa castiga a Rosario y Diana se muestra indiferente ante ello, más bien siempre ha sido poco solidaria con ella.

2.5. Plan de intervención

2.5.1. Plan de intervención y calendarización

Tabla 2

Plan de intervención de corte sistémico estructural

Fases	Sesión	Fecha	Tiempo	Técnicas de intervención
Intervención psicoterapéutica	Sesión 1	10/01/20	60 minutos	Entrevista psicológica Reencuadre Reformulación del problema. Connotación positiva
	Sesión 2	17/01/20	60 minutos	Identificación y reestructuración de límites. Reconocimiento de la jerarquía parental. Realizando acuerdos a través de la comunicación efectiva y asertiva.
	Sesión 3	24/01/20	60 minutos	Fortalecimiento del subsistema fraternal. Connotación positiva Metáfora Reformulación.

Sesión 4	31/01/20	60 minutos	Reforzamiento de comunicación parental con fraternal.
Sesión 5	07/02/20	60 minutos	Escenificación Normalización Se establecen límites claros bien establecidos Definir roles Connotación positiva.
Sesión 6	21/02/20	60 minutos	Definición de fronteras Escenificación.

2.5.2. Programa de intervención

Tabla 3

Primera sesión

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
1	10/01/20	60 minutos	Madre e hija
Objetivos: Conocer el motivo de consulta			
Coordinar las fechas y número de sesiones. Uso del contrato terapéutico consentimiento informado.			
Desarrollo de la sesión			
Identificar el motivo de consulta	Durante la primera entrevista se busca recabar información del motivo de consulta de cada uno de los miembros de la familia. Madre: Acudo a consulta porque mi hija me contesta de mala manera, no me obedece, tengo que repetirle varias veces las cosas, solo obedece a su abuela pues la engríe demasiado. Rosario tiene el diagnóstico de TOC y recibe tratamiento psiquiátrico, con la medicación he mejorado, pero en algunas ocasiones aún tiene compulsiones y pareciera que lo hiciera a propósito para molestarme. T: ¿Tú que me puedes decir Rosario? R: Mi mamá es muy agresiva, ella prefiere a mi hermana más que a mí y la trata mejor a ella, le compra todo y mi hermana se aprovecha de eso y le pide lo que quiere y me trata mal. T: Rosario tu madre me acaba de decir específicamente que tú no la obedeces y que pareciera que hicieras las compulsiones de manera intencional. ¿Qué podrías decirme con respecto a eso? R: Sí, admito que en muchas ocasiones no la obedezco e intento ignorarla. T: ¿y qué consideras hacer? R: Yo quiero llevarme bien con mi mamá, mi hermana y mi abuela.		
Reencuadre			

Reformulación del problema	Madre: Sí yo también deseo tener una mejor relación con mi familia, pero es difícil entendernos y comunicarnos adecuadamente. T: Entonces diríamos que se trata de una manera inadecuada de comunicarnos y por ello de entenderse. Después de haberlas escuchado, les comento que es usual que madre e hija tengan dificultades en su relación, especialmente cuando alguna de ellas cambia de una etapa evolutiva a otra, en este caso la llegada de la adolescencia es complicada la adaptación en ambas. Pero esto puede mejorar porque es un proceso de adaptación; ¿ustedes estarían de acuerdo en seguir un tratamiento terapéutico? Madre: Sí, estoy de acuerdo R: Sí
Connotación positiva	T: Primero las felicito por tenerlas aquí y que hayan buscado ayuda también las felicito por haber tomado esta decisión, que no suele ser fácil, de recibir ayuda terapéutica, eso dice mucho de ambas.

Tabla 4*Segunda sesión*

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
2	17/01/20	60 minutos	Madre y abuela
Objetivos	Reestructurar el sistema reconociendo la jerarquía parental. Redefinir los estilos de comunicación		
Desarrollo de la sesión			
Reestructuración y restablecimiento de límites	Se procede a dar la bienvenida. T: ¿Le agradezco que usted este aquí (dirigiéndose a la abuela), cuénteme qué es lo que usted desea en la familia? Abuela: Vine porque quiero que mi hija y mi nieta tengan una mejor relación. Quiero que mi hija cambie su manera de tratar a Rosario T: ¿A qué trato se refiere? Abuela: Cuando la castiga o llama la atención fácilmente sin preguntar qué pasó antes Madre: Sé que actúo mal, pero me desespero porque no me hace caso inmediatamente y veo que en ocasiones tiene compulsiones y mi mamá se mete cuando la corrijo o llamo la atención. T: Entonces vamos a empezar por establecer algunos acuerdos, ¿les parece?		
Fortaleciendo la comunicación asertiva y efectiva.	Madre: Sí Abuela: claro para que mi nieta este más tranquila y feliz. T: Me gustaría saber qué es lo que ustedes pueden hacer para que Rosario y su hermana perciban límites en el hogar y que están en función a ciertas reglas.		

Prescripción	Madre: Voy a preguntar a los involucrados siempre lo sucedido previamente antes de molestarme por algo y gritarla. Abuela: Me quedaré en mi habitación y no desautorizaré las correcciones que ella le brinda. Después preguntaré lo sucedido. T: qué bueno que empiecen a tener acuerdos, así Rosario y su hermana percibirán que hay límites saludables. T: Sigam conversando y lleguen a otro acuerdo y háganle saber los acuerdos a las que ustedes han llegado a las menores para que ellas también se comprometan a realizarlos.
--------------	--

Tabla 5*Tercera sesión*

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
3	24/01/20	60 minutos	Rosario y hermana
Objetivos	Fortalecer los vínculos emocionales en el subsistema fraterna promoviendo el mejoramiento de las interacciones.		
Desarrollo de la sesión			
Connotación positiva	T: Que bueno que estés aquí Diana y conocerte. La sesión anterior con su madre y abuela llegamos a unos acuerdos, ustedes pudieron llegar a algún acuerdo. Rosario: sí, uno, que no iré a acusar a Diana con mi abuela como primera opción y ella tampoco irá como primera opción a acusarme con mi mamá. T: oh, muy bien, veo que a pesar de que ustedes en ocasiones se han llevado mal, han podido llegar a un acuerdo, las felicito por eso. Diana: Sí, pero solo eso porque nosotras nunca nos llevamos bien, siempre peleamos. Rosario se molesta fácilmente y reniega.		
Metáfora	T: ¿Consideras que eso serían sus defectos y te gustaría que no los tenga? Diana: Así es, no debería ser así T: Has visto un jardín, alrededor de un árbol siempre hay hierba buena y hierba mala, ¿saben porque se le dice hierba mala? Rosario: No T: Porque crecen sin que nosotros las sembremos. Si viene un jardinero ¿qué hará? Diana: Cortar la hierba mala T: Así es pero volverá a crecer sin que nosotros las sembremos y estarán siempre ahí aunque no nos guste. ¿Cuáles son esas hierbas malas? Rosario: Nuestros defectos T: Exacto. Siempre estarán con nosotros, algunos se van otros vuelven a aparecer, pero el árbol no se muere ni se ve más feo. Aun		

Reformulación	así ¿podrían acercarse, abrazar y aceptar al árbol? Ambas: Sí T: Entonces entre ambas podrían hacer lo mismo Diana: Sí...todos tenemos hierbas malas... T: La aceptación del otro permite que ustedes puedan mejorar la manera en que se están relacionando y comunicando.
---------------	---

Tabla 6*Cuarta sesión*

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
4	31/01/20	60 minutos	Madre y ambas menores.
Objetivos	Fortalecer la comunicación en el subsistema parental en relación con el fraternal. Redefinir la creencia que tiene la madre sobre el TOC en su hija. Desarrollo de la sesión		
Comunicación efectiva y asertiva	Terapeuta de la bienvenida a la sesión. T: Cómo les ha ido con el cumplimiento de acuerdo Diana: hasta ahora los hemos cumplido T: Bien por eso ahora nos toca que puedan comunicar las cosas sin que el otro se sienta perjudicado o mal tratado por ello. Rosario: Pero a veces mi mamá piensa que hago las cosas a propósito y no es así, las compulsiones no desaparecen por completo. T: y eso se lo comunicaste a tu madre Rosario: Yo no el médico se lo dijo T: y ¿cómo crees que tu mamá podría entenderte mejor?		
Escenificación	Rosario: creo que yo tendría que explicarle y decirle cómo me siento cuando cree que lo hago intencionalmente. T. Voy a pedirle que escenifiquen un momento en el que Rosario realiza un pensamiento y acto compulsivo. Ana (madre), Tú vas a hacer de Rosario. T: Cómo te sentiste Ana Madre (Ana): Ahora entiendo que es algo que al escaparse de mí hace que uno se sienta más frustrada por no poder controlarlo y que agregado a esto los demás no lo entiende y me hacen sentir peor. Te pido perdón Rosario...		
Normalizar	T: entonces la única manera de que el otro sepa lo que pensamos y sentimos es diciéndolo y escuchando. Pero hasta ahora han podido lidiar con este diagnóstico en la familia, cómo lo han hecho Madre: tampoco es lo peor del mundo, porque hasta ahora ese no era el gran problema sino nuestra relación como familia. T: Así es, no es lo peor que le ha pasado a alguna familia.		

Tabla 7*Quinta sesión*

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
5	07/02/20	60 minutos	Madre y ambas hijas
Objetivos	Clarificar límites y reglas en los subsistemas paternal y fraternal. Definir roles de los miembros.		
Desarrollo de la sesión			
Se construye una realidad más flexible y con límites claros	Se solicita ideas de cómo afrontar los problemas individuales y familiares que puedan existir en la familia, se reforzará los límites y se establecen reglas claras. Se solicita ideas de cómo afrontar los problemas individuales y familiares que puedan existir en la familia, se reforzará los límites y se establecen reglas claras. T: Sra. Ana, Rosario y Diana les parece si ahora establecemos reglas claras y precisas que nos ayuden a tener una mejor convivencia ¿qué opinan? Madre: Sí es lo mejor saber que está y no está permitido Rosario: Yo sé que no tengo que ser agresiva con mi madre pues soy el modelo para mi hermana. Ahora sé que cada vez que me moleste algo de mi madre se lo haré saber en lugar de solo no obedecerla. T: Qué dice tú Ana al escuchar a Rosario Madre: Reconozco que he estado olvidando las virtudes de Rosario y fijándome solo es sus defectos, ella es muy comprensible, yo por mi parte sé que no debo desesperarme si no me obedece inmediatamente pues a veces sus síntomas compulsivos tienen que ver o tengo que preguntar antes que es lo que pasa. y no debo dejar a Diana que cumpla mi rol cuando no estoy, siguiendo o llamando la atención a su hermana mayor. T: ¿Qué dirías tú Diana cuando escuchas hablar así a tu madre y hermana? Diana: Yo llamaba la atención a mi hermana, pero mejor voy a dejar que si tienen algún problema ellas lo solucionen y no meterme yo. T: Las felicito pues veo que reconocen que han estado teniendo conductas que no le ha acercado a la familia unida que ustedes quieren ser y están dispuestas a modificarlas delimitando sus funciones. La tarea va a consistir en llegar a hacer 3 acuerdos entre todas ustedes que consideren necesarios para seguir manteniendo una comunicación adecuada respetando los límites y roles.		
Connotación positiva.			
Tarea			

Tabla 8*Sexta sesión*

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
6	07/02/20	60 minutos	Madre, abuela y ambas hijas
Objetivos	Delimitar fronteras con el subsistemas de los abuelos.		
Desarrollo de la sesión			
Connotación positiva	T: ¿qué bueno verlas nuevamente, que tal les fue con la tarea de la sesión anterior? Madre: hemos compartido un tiempo entre las 3 para llegar a algunos acuerdos. Cuando haya alguna discusión entre 2 personas una tercera confiará en que ellas solucionen el problema no metiéndose en el lío. Y si alguien le molesta algo es mejor decírselo buscando un momento tranquilo y con respeto, fijándonos que la otra esté dispuesta a escuchar y si no lo dejamos para cuando encontremos ese momento.		
Escenificación	T: Pues muy bien las felicito, con los acuerdos que ustedes brindan parece que nos acercamos al objetivo de reconocer y aceptarse incondicionalmente teniendo en cuenta la comunicación efectiva. Se recapitula habilidades de negociación y comunicación. T: Les voy a pedir que escenifiquen como es el actuar de ahora de cada una de ustedes frente a un problema, teniendo en cuenta los límites y roles ahora aprendidos.		
Cierre se sesión	El terapeuta connota positivamente la escenificación, así como, la asistencia de los miembros de la familia a las sesiones y resalta los logros alcanzados. Se acuerda el seguimiento de sesiones en 4 meses.		

2.6. Consideraciones éticas

Este estudio se realizó teniendo en cuenta los principios y valores éticos establecidos en el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, adaptado al Estatuto Nacional a la Ley N° 30702 del 21 de diciembre del 2017.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de los resultados

Los resultados que se encontraron en las seis sesiones de intervención psicoterapéutica fueron los siguientes:

En la primera sesión tuvo como finalidad clarificar el motivo de consulta, firmar el contrato terapéutico y el consentimiento informado, acordando así la frecuencia y número de sesiones; en esta primera parte se apreció la molestia de la madre pero focalizada en el problema, sin embargo, Rosario (hija mayor), realiza quejas de diversas cosas por ello se procedió a reencuadrar la problemática y Rosario pudo centrarse en esta, admitiendo y coincidiendo con la madre en la problemática central para la búsqueda de soluciones.

En la segunda sesión se presentó la madre y abuela y se buscó reconocer la jerarquía parental y redefinir los estilos de comunicación, ambas coinciden y reconocen en que la abuela se entromete en el modo de corrección de la madre y con ello le quita autoridad y no suelen llegar a acuerdos porque no tienen reglas en su nivel de comunicación, se llegó a algunos acuerdos para utilizar un nivel más adecuado de comunicación entre ambas y a su vez se prescribió encontrar otro acuerdo y hacerle saber a las menores en casa.

Debido a que los vínculos emocionales del subsistema fraternal no era el mejor, en la tercera sesión, se citó a ambas hermanas y se promovió mejorar la interacción entre ellas. Diana (hermana menor) iniciaba quejándose de su hermana, por ello se realizó la “metáfora de las hierbas malas en el árbol” haciéndole notar que los defectos están presentes en todas las personas, ella logró entender el fin de la metáfora y por iniciativa resaltó una virtud de su hermana; entonces se pudo reformular, reconociendo ambas que la aceptación del otro mejora el vínculo emocional y de comunicación entre ambas.

En la cuarta sesión se apreció que la familia ha seguido manteniendo los acuerdos para

comunicarse efectivamente. En esta misma sesión se buscó que la madre pueda redefinir la creencia que tiene del diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo que presenta la menor, pues considera que en muchas ocasiones Rosario realiza compulsiones para molestarla. Se pide que escenifiquen un evento en donde se haga evidente el TOC, con esto los miembros de la familia se dieron cuenta que la invalidación perjudica aún más en la relación familiar. A su vez se normalizó el diagnóstico.

En la quinta sesión se consiguió clarificar límites y reglas, así como definir roles de los subsistemas de la familia. Cada una logró reconocer y nombrar cuál es el rol que cumple en este sistema, por lo que es connotado positivamente.

En la última sesión se delimita las fronteras con el subsistema de abuelos, presentando ellas una escenificación de una problemática donde muestran el nivel actual de comunicación, límites claros y función de roles. Se connota positivamente esta nueva forma de relacionarse y se resalta los logros alcanzados en las sesiones.

3.2 Discusión de los resultados

El presente estudio reflejó la eficacia de la terapia sistémica estructural en una adolescente con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo. Se aprecia en el transcurso de las sesiones de psicoterapia que es relevante la delimitación de los subsistemas para una clarificación de roles y funciones. Se aprecia la importancia que debe cumplir la madre para marcar una jerarquía en relación con sus hijos y abuela, de tal modo que la demarcación con límites claros y precisos generen interacciones guiadas por normas y reglas respetadas por los miembros del hogar generando un mejor vínculo, una comunicación más efectiva y saludable, un espacio de interacción en donde los miembros puedan cubrir sus necesidades afectivas, psicológicas y sociales; estrechando así las coaliciones entre sus miembros. Es decir, un mejor funcionamiento familiar. Tal y como Clavijo (2002), define la funcionalidad como la

efectividad con la que se desenvuelve la conducta de los miembros de una familia para cumplir funciones básicas de esta y satisfacer las necesidades individuales independientes y colectivas. Una familia puede ser funcional o disfuncional, de acuerdo con el modo adecuado o inadecuado en que satisfaga las necesidades de sus integrantes y haga posible o entorpezca el bienestar y ajuste emocional y social dentro de ella.

Gracias a las técnicas sistémicas estructurales se consiguió alcanzar los objetivos planteados, se delimitó la frontera con el subsistema de abuelos; el vínculo emocional y de comunicación de los subsistemas parental y fraternal mejoró, las hermanas aprendieron a respetarse, comunicándose y expresándose adecuadamente. La madre logró redefinir la creencia que tenía del trastorno obsesivo compulsivo, al considerarlo como una herramienta que la menor utilizaba para molestarla, dejó de etiquetarla y tratarla como la paciente identificada. Así la familia superó la crisis que ocurría dentro del sistema modificando la estructura para alcanzar una organización en el sistema familiar.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1 De acuerdo con los resultados obtenidos en el presenta caso, se comprueba la efectividad de la intervención sistémica estructural en la familia.
- 4.2 Gracias a la primera entrevista familiar sistémica, se recolectó información acerca de la problemática familiar y con esto llegar a un diagnóstico y planificar el proceso de terapia. El genograma facilitó una fácil comprensión de los probables problemas familiares y nos brindó elementos para el planteamiento de hipótesis en la intervención terapéutica.
- 4.3 Los problemas psicológicos son vistos como situaciones que se desarrollan y se mantienen en el sistema familiar, por ello la tarea del terapeuta fue trabajar con toda la familia con el objetivo de cambiar los aspectos estructurales y relacionales en la familia.
- 4.4 Fue relevante redefinir la percepción que la madre tenía del trastorno obsesivo compulsivo para mejorar el vínculo madre – hija.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Desarrollar más estudios de casos relacionados a familias con miembros adolescentes, ya que es la población con menos investigaciones realizadas.
- 5.2 Diseñar programas de prevención que fomenten las funciones de crianza más saludables y respetuosas en las diferentes etapas de vida por los que atraviesa la familia y que puedan ser aplicados desde los Centros de Estimulación Temprana.
- 5.3 Implementar programas de psicoeducación en los Colegios dirigido a padres y maestros acerca de los diferentes problemas de salud mental más frecuentes en niños y adolescentes.
- 5.4 Promover en los Centros Educativos desde nivel Inicial, Primaria y Secundaria programas de prevención para el trabajo con familias “Escuela de Familias” y no solo con los padres.

VI. REFERENCIAS

- Anales de Salud Mental (2012). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007*. Volumen XXVIII. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3672875/Estudio%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20Salud%20Mental%20en%20Ni%C3%B1os%20y%20Adolescentes%202007.pdf.pdf>
- Andolfi, M. (2001). *Terapia familiar*. Paidós.
- Ares, P. (2002). *Psicología de la familia*. Varela.
- Bobes, J., Gonzáles, M.P., Bascarán, M.T., Arango, C. Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2001). *Calidad de vida y discapacidad en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo*. European Psychiatry. Edición Española.
- Clavijo, A. (2002). *Crisis, familia y psicoterapia*. Ciencias Médicas.
- Deenzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (1994). *Manual de investigación cualitativa*. Sage
- Eguíluz, L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. Pax.
- Espinal, K. (2019). *Intervención sistémica en un subsistema parento – filial desde la Terapia Familiar Estructural*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/3444/UNFV_FP_Espinal_Calizaya_Karen_Mirella.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Fishman, H. (1995). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. Paidós.
- Huamán, C. (2012). *Relación entre el malestar asociado a la sintomatología obsesivo-compulsiva y la crianza percibida en adolescentes de una institución educativa escolar de Lima*. [Tesis de grado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio

Institucional

UPC.

https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/314942/huaman_ac-pub-tesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Ley N.º 30702. Ley que crea el Colegio de Psicólogos del Perú (21 de diciembre de 2017).

Congreso de la República del Perú.

https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/ADLP/Texto_Consolidado/30702-TXM.pdf

Lozano, A. (2017). Aspectos Clínicos del Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos relacionados. *Revista de Neuropsiquiatría*, 80(1), 35–41

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3058/3012>

López, J. (2002). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*.

Masson

Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Gedisa.

Minuchin, S. (2003). *Familias y Terapia Familiar*. Gedisa.

Minuchin, S. & Fishman, H. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Paidós.

Muñoz, L. (2011). *Análisis estructural de sistemas familiares con un adolescente que cursa un síndrome depresivo*. [Tesis de grado, Universidad de Chile]. Repositorio Institucional

UCHILE. https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/105863/cs-munoz_l.pdf?sequence=3

Organización Mundial de la Salud (2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad – CIE II*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Peñaherrera, E. (2021). *Efectividad de la Terapia Familiar Sistémica en estados de Ansiedad*.

[Maestría en Asesoría y Terapia Familiar Sistémica, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional PUCE.

<https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/35b9cfd4-df2f-4bc6-b57c-33fe7b7ee2b0/content>

Pérez, M. (2013). *Uso de un modelo de intervención desde el enfoque sistémico a pacientes con conductas violentas*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma de San Luis de Potosí].

Repositorio

Institucional

UASLP.

<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/3207/MSP1UMI01301.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Pineda, S. y Aliño, S. (2011) *El concepto de la adolescencia en el Ministerio de salud pública de Cuba*. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia.

Timaná, D. (2021). *Abordaje sistémico estructural en conductas de riesgo en una adolescente*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].

Repositorio

Institucional

UNFV.

https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5513/UNFV_FP_Timana_Rodriguez_Dagmar_Jhanet_Segunda_especialidad_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Toro, L. (2013). *Análisis de la reestructuración del nuevo rol monoparental y su influencia en las interacciones intrafamiliares con madres divorciadas y sus hijos, desde la visión sistemática del modelo estructural*. [Informe final del trabajo de posgrado, previo a la obtención de Magister en Ciencias Psicológicas con mención en Psicoterapia, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional UCE.

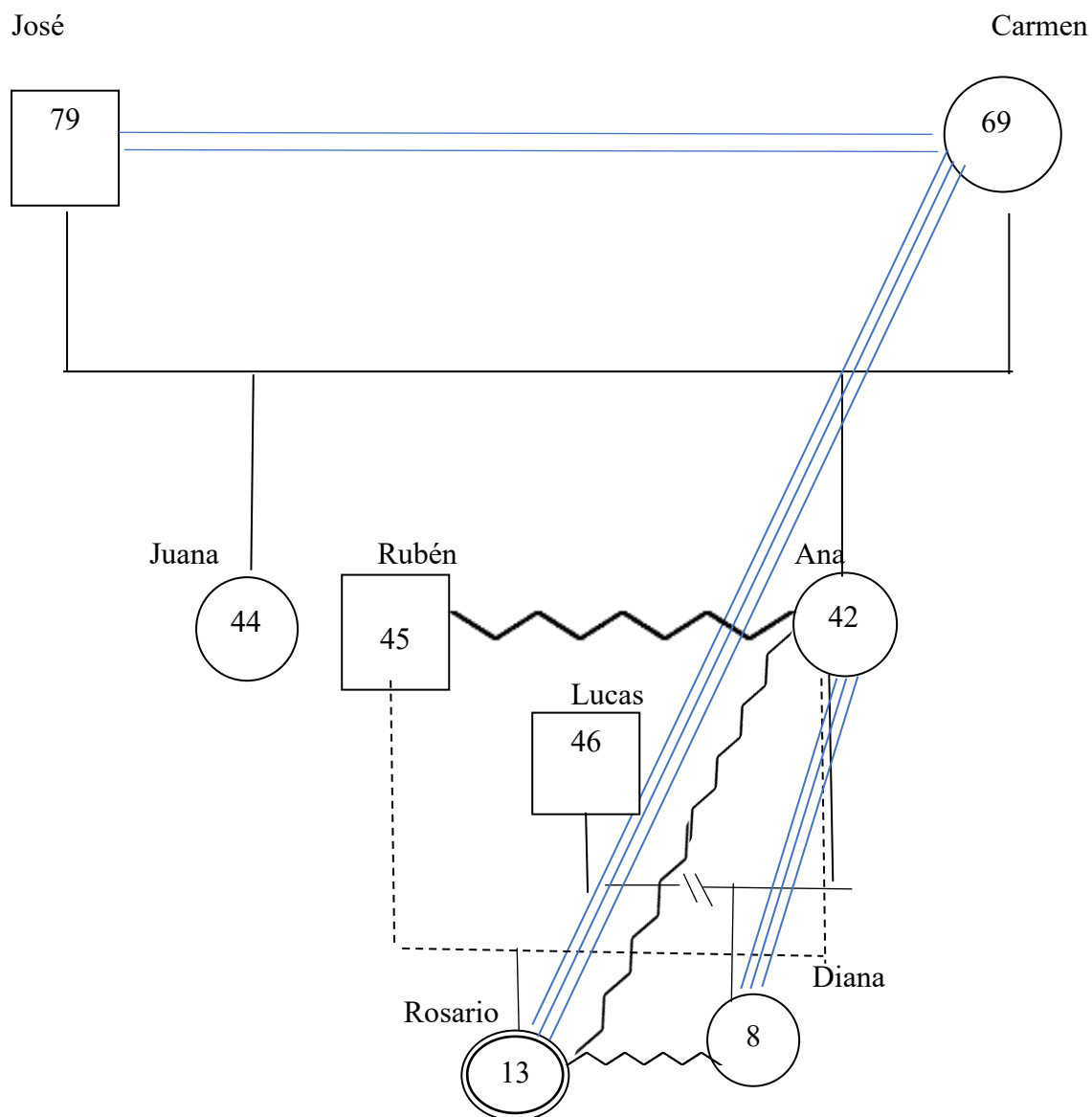
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1394/1/T-UCE-0007-7.pdf>

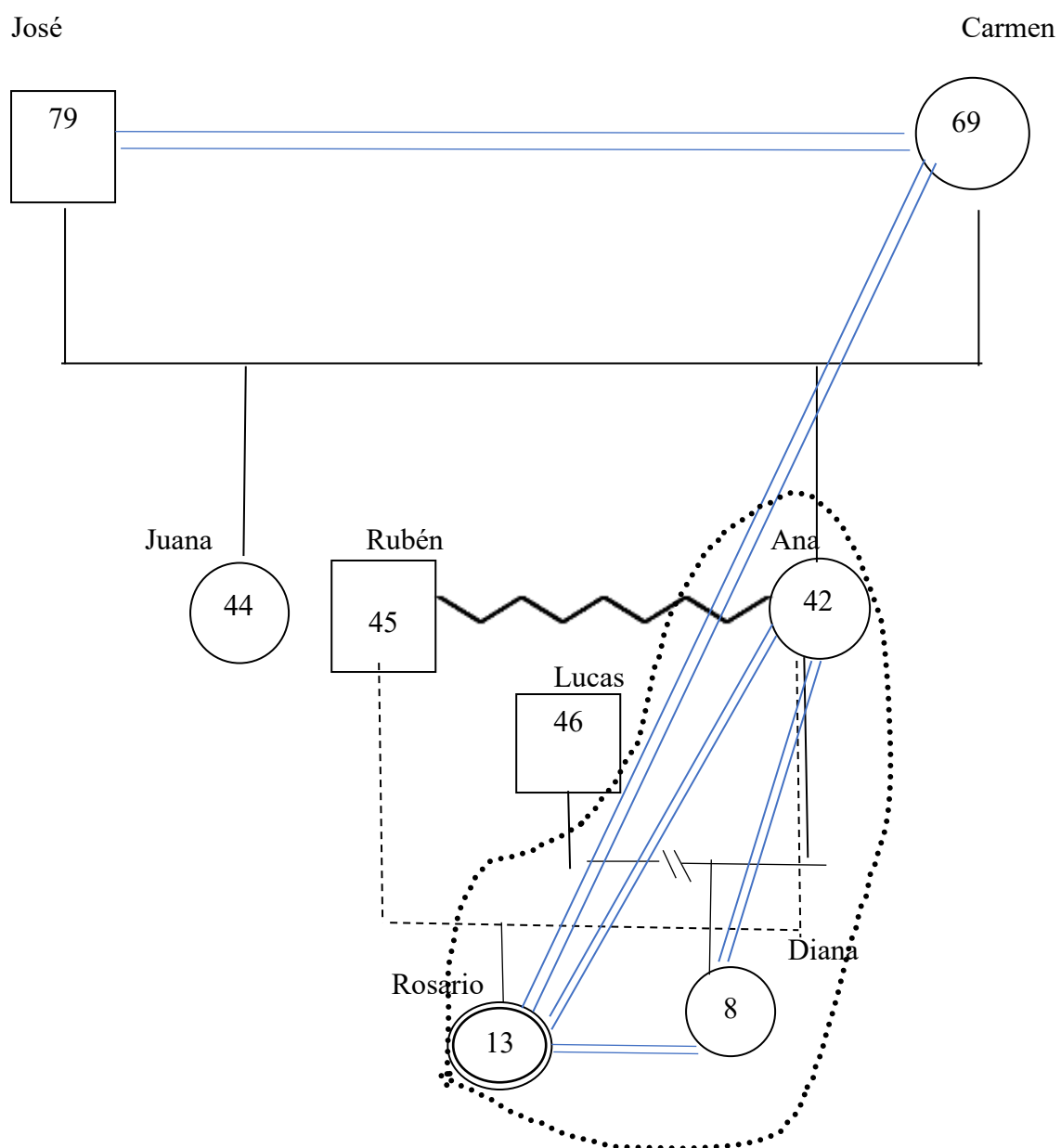
Zambrano, E., Del Río-Carlos, Y. Vásquez F., y Alfaro, A. (2013). Terapia familiar sistémica en el tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Revista Psicología Científica. com*. 16(7). <https://www.psicologiacientifica.com/terapia-familiar-sistemica-tratamiento-tdah>

VII. ANEXOS

Anexo A

Genograma presesión



Anexo B**Genograma postsesión**

Anexo C

CONTRATO TERAPÉUTICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento es confidencial entre la especialista y los consultantes, donde ambas partes se comprometen a trabajar en beneficio del paciente, con propósitos exclusivamente terapéuticos y solo válido para dicho contexto.

En este proceso participan los consultantes:

En un periodo de atención (tiempo, frecuencia y hora): _____

Este contrato se desarrollará mediante las siguientes cláusulas:

- El consultante se compromete en seguir el plan terapéutico, cumpliendo en asistir a todas las sesiones programadas y realizar con responsabilidad las tareas programadas.
- El consultante se compromete a mantener un clima de armonía y respeto, así como de compromiso para responder y cumplir lo solicitado en sesión.
- Cumplir en realizar las evaluaciones psicológicas si así se requiera.
- El consultante debe avisar 24 horas anticipadamente si no asistirá a una reunión programada o si no va a continuar con el proceso terapéutico.
- El terapeuta se compromete en mantener una actitud de respeto, compromiso y confidencialidad, poniendo en práctica sus conocimientos técnicos y estratégicos.
- El especialista se compromete en orientar, recomendar y dejar actividades de manera permanente al consultante relacionados con el tema tratado e sesión.
- El terapeuta se compromete en hacer entrega de un informe psicológico final, si así requieren los consultantes, detallando el inicio y final del proceso terapéutico.

Yo _____ identificado con
DNI _____, afirmo haber leído y estar de acuerdo con el Contrato terapéutico y doy mi consentimiento para empezar el proceso terapéutico.

Firma

Yo _____, psicóloga especialista manifiesto haber explicado las clausulas mencionadas y estar a disposición de la mejoría y bienestar del consultante.

Firma

El _____ del mes de _____ se firma el presente contrato terapéutico.