



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Instituto de Investigación y Posgrado
Programa Nacional de Posgrados
De Calidad

USO DE UN MODELO DE INTERVENCION DESDE EL ENFOQUE SISTEMICO
A PACIENTES CON CONDUCTA VIOLENTA. ESTUDIO DE CASOS

Por
MARÍA DE LOS ÁNGELES JANETH PÉREZ JARAMILLO

Tesis presentada como requisito parcial
para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Director de tesis
Pedro Hernández Sánchez

Co-directora
Angelina González Hurtado

AGRADECIMIENTOS

Al consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACyT, por el apoyo económico otorgado para llevar a cabo mis estudios de maestría, y por haber financiado en su totalidad la realización del proyecto. A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, especialmente al personal docente y administrativo del Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología, por su apoyo brindado para concluir los estudios de Maestría.

A mis directores de tesis, al Mtro. Pedro Hernández Sánchez, por su presencia desde el principio de mi proyecto, por sus relevantes aportes, acertadas críticas, comentarios y sugerencias que siempre me encaminaron con paciencia hasta el final de mis estudios y a la Dra. Angelina González Hurtado, por haber estado al pendiente de mis avances, mi seguimiento, compartiendo su tiempo y sus valiosos conocimientos durante el desarrollo y desenlace de mi tesis.

Al Dr. Omar Sánchez-Armáss Cappello, Jefe del Instituto de Investigación y Posgrado por su apoyo en algunas de las áreas de mi tesis y al Dr. Alfredo López Huerta, por sus aportaciones a lo largo de la realización de mi proyecto.

Al personal de la clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, por haberme abierto las puertas y darme el espacio para la realización de mi proyecto, y en especial al Dr. Gabriel de Jesús Alejo Galarza con el que siempre conté para resolver inquietudes que me fueron muy útiles en la realización de mi intervención.

A mi familia por haber confiado en mí desde que empecé mi carrera, en quienes he necesitado y me han dado apoyo, cariño y confianza incondicional, en especial a mi madre Avelina y hermanos Nataly y Mauricio, quienes siempre influyeron en mí para seguir adelante pese a las dificultades que me fui encontrando en este proceso.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
CAPÍTULO	
1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	1
Planteamiento del problema.....	1
Estado del arte.....	4
Justificación.....	7
Epidemiología.....	10
Diagnóstico Situacional Institucional.....	13
Análisis FODA.....	13
Análisis de resultados.....	15
Conclusiones.....	16
Referencias.....	17
2. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN.....	20
Marco teórico.....	20
Enfermedad mental.....	20
Violencia.....	21
Etiología de la violencia.....	22
La violencia: enfoques psicológicos.....	23
Violencia y familia.....	24
Fenomenología de la violencia.....	25

Tipos de personalidad y conducta agresiva.....	26
Enfoque sistémico.....	27
Fundamento filosófico.....	27
Enfoque sistémico y violencia.....	28
Tratamiento sistémico y violencia.....	28
Modelo de intervención: enfoque sistémico estructural.....	28
Fundamentos teóricos.....	28
Los términos de la terapia familiar.....	29
Técnicas del modelo estructural.....	31
Descripción de los indicadores.....	36
Objetivos.....	36
Método.....	37
Diseño de la intervención.....	37
Selección de casos.....	38
Instrumentos.....	39
Evaluación individual.....	39
Evaluación familiar.....	41
Procedimiento.....	42
Fase 1.....	42
Fase 2.....	46
Fase 3.....	50
Cronograma de sesiones.....	51
Análisis de resultados.....	52
Referencias.....	53

3. IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	56
Descripción de los casos.....	56
Descripción de la intervención.....	57
Caso A.....	58
Caso B.....	62
Caso C.....	65
Caso D.....	69
Caso E.....	74
Caso F.....	77
Caso G.....	81
Referencias.....	85
4. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	86
Análisis cuantitativo.....	86
Análisis Cuantitativo.....	92
Discusión.....	110
Conclusiones.....	112
Referencias.....	114

APÉNDICE

A. CARTA DE ACEPTACIÓN DE ARTÍCULO.....	115
B. ARTÍCULO.....	116
C. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	135
D. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRABAR.....	136
E. CONSULTA AL AUTOR SOBRE EL USO DE LA PRUEBA HCR-20.....	137
F. FORMATO DE CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO	

FAMILIAR.....	138
G. FORMATO DE ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL...	140
H. FORMATO DE ENTREVISTA PARA IDENTIFICAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR.....	141
I. FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA.....	145
J. EVIDENCIAS DE LAS ACTIVIDADES DE RESIDENCIA.....	154

ÍNDICE DE TABLAS

1. Indicadores de las variables a trabajar en la intervención.....	36
2. Secuencia de registro en las variables de asignación, en los distintos momentos del modelo de intervención.....	37
3. Organización por sesiones de acuerdo a las fases del tratamiento.....	51
4. Resultados de la pre y post evaluación de la prueba HCR-20.....	87
5. Resultados de la aplicación pre y post del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF).....	91
6. Resultados pre y post prueba del cuestionario de Evaluación del funcionamiento global (EEAG).....	92
7. Evaluación de la verbalización de los pacientes, en relación a las categorías de observación al inicio del tratamiento.....	93
8. Evaluación de la verbalización de los pacientes, en relación a las categorías de observación al término del tratamiento.....	94

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Diferentes vínculos en las relaciones de pareja.....	45
2. Estructura más utilizada para marcar relaciones emocionales en el genograma de acuerdo al diagnóstico estructural.....	45
3. Diferencia pre y post de los reactivos históricos, con valor de la media de 3.28.....	87
4. Diferencia pre y post de los reactivos clínicos, con valor de la media de 3.57.....	88
5. Diferencia pre y post de los reactivos de gestión de riesgo, con valor de la media de 3...	89
6. Diferencias totales de la pre y post prueba de la escala de evaluación de riesgo de conducta violenta con una media de 9.857.....	90
7. Genograma 1, caso A.....	96
8. Genograma 2, caso A.....	97
9. Genograma 1, caso B.....	98
10. Genograma 2, caso B.....	99
11. Genograma 1, Caso C.....	100
12. Genograma 2, caso C.....	101
13. Genograma 1, caso D.....	102
14. Genograma 2, caso D.....	103
15. Genograma 1, caso E.....	104
16. Genograma 2, caso E.....	105
17. Genograma 1, caso F.....	106
18. Genograma 2, caso F.....	107
19. Genograma 1, caso G.....	108
20. Genograma 2, caso G.....	109

DEDICATORIA

A mi familia con mucho amor y admiración, sencillamente ustedes son la base de mi vida profesional, toda la vida les estaré agradecida y recordando siempre que cada victoria mía es también de ustedes.

CAPÍTULO UNO

Diagnóstico Situacional

En éste capítulo se da a conocer la fundamentación del proyecto de intervención, los principales estudios que se han hecho sobre el tema de interés; así como la justificación y las posibilidades de realización en una institución psiquiátrica.

Planteamiento del problema

En el campo de la salud mental, han existido diferentes orientaciones que valoran de manera distinta el objeto enfermedad mental; han habido posturas muy identificadas con la institución psiquiátrica, pero también hay expresiones críticas como la del filósofo Cooper, quien acuñó el término Antipsiquiatría (1967) lo define como:

Un movimiento crítico que se cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental sobre la cual se apoya desde mediados del siglo XIX. La antipsiquiatría ha tratado de reformar el asilo y transformar las relaciones entre el personal y los internados buscando lograr una gran apertura al mundo de la locura, y de eliminar la noción misma de enfermedad mental (González, 2000).

Thomas Szasz sostiene como tesis fundamental que la teoría de la enfermedad mental es científicamente imprecisa y su estatuto está aún por definirse. Añádase a esto que en 1961, Szasz, citado por Vásquez (2007), médico psiquiatra, psicoanalista inició un debate mundial sobre los denominados trastornos mentales. Algunas ideas de este autor que generaron una discusión en el campo de la salud mental refieren a que, por ejemplo que la mente no es un órgano anatómico como el corazón o el hígado; por lo tanto, no puede haber, literalmente hablando, enfermedad mental. Señaló también que cuando hablamos de enfermedad mental estamos hablando en sentido figurado, como cuando alguien declara que la economía del país está enferma. Al mismo tiempo que, los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas estigmatizadoras

aplicadas a personas cuyas conductas molestan o ofenden a la sociedad y, si no hay enfermedad mental, tampoco puede haber hospitalización o tratamiento para ella. Desde luego, las personas pueden cambiar de comportamiento, y si el cambio va en la dirección aprobada por la sociedad es llamado cura o recuperación.

En este punto del encierro institucionalizado, Foucault (1987) opina que las prácticas de poder eran perfeccionadas y se evidenciaban dentro de las instituciones: hospitales, prisiones, familias, etcétera, en donde el poder puede ejercer efectos globales, en las prácticas sociales más obvias, a nivel de lo cotidiano. Argumentó que los procedimientos de poder que funcionan no ya por el derecho sino por la técnica, no por la ley sino por la normalización, no por el castigo sino por el control, y que se ejercen en niveles y formas que rebasan el Estado y sus aparatos (Hernández & Sarquis, 2009).

En 1977 surge el modelo de Vulnerabilidad Estrés, propuesto por Zubin y Spring como explicación de la esquizofrenia. Dicho modelo, superando planteamientos radicalmente biológicos, sugiere que la esquizofrenia es el resultado de factores endógenos de predisposición o vulnerabilidad, genética o adquirida durante el neuro-desarrollo, y que la manifestación de los síntomas de enfermedad viene desencadenada por la presencia de estresores ambientales. Es decir, la psicosis esquizofrénica podría ser el resultado de ciertas características constitucionales de predisposición (innatas o adquiridas en periodos críticos del desarrollo temprano), pero que se convierten en dicho trastorno sólo cuando la persona está sometida a circunstancias vitales problemáticas o estresantes. En particular, ha recibido especial atención la combinación de terapia farmacológica e intervenciones familiares en la investigación de las últimas décadas (Citado en Lemos, 2006).

Arbach y Pueyo (2007), explican que la relación entre enfermedad mental y violencia es compleja y sobre todo polémica. A pesar de las dificultades y prejuicios no debería obviarse su

estudio ya que sus consecuencias afectan a la salud y bienestar de las personas que sufren una enfermedad mental y de su entorno. Numerosos profesionales de la salud mental que trabajan en contextos clínicos y forenses se enfrentan cotidianamente con este problema y, en muchas ocasiones, con la urgencia de intervenir frente al comportamiento violento. A pesar de las numerosas evidencias obtenidas en los últimos 20 años a cerca de la realidad de este problema aun persiste el convencimiento de que hablar de violencia y enfermedad mental solamente tiene efectos negativos para los enfermos mentales porque aumenta su estigma social. Los recientes estudios epidemiológicos cuestionan estas creencias y han facilitado el desarrollo de estrategias adecuadas para prevenir e intervenir técnicamente en este problema.

Ya decía Saucedo (2002), por ejemplo en el caso de los esquizofrénicos, la violencia puede ocurrir como consecuencia de ideas delirantes paranoides o en respuesta a alucinaciones auditivas. Los pacientes maníacos suelen ser agresivos ante provocaciones mínimas. El comportamiento violento generalmente ocurre en pacientes con trastorno de personalidad antisocial o limítrofe, y en este último caso la violencia tiende a dirigirse también a sí mismo, no sólo hacia los demás.

A grandes rasgos, la incidencia de violencia cometida por personas con esquizofrenia es bastante baja, sólo un 1 por ciento de la población de Estados Unidos sufre de esquizofrenia. En comparación, cerca del 2 por ciento de la población con trastornos psiquiátricos se involucra en comportamientos violentos durante un periodo de un año (Tech, 2007).

Rodríguez, Carla, Castillo & Paz (2000), describen a la esquizofrenia como una enfermedad dramática, debido a la discapacidad y estigmatización del enfermo y su familia. Cuando regresa al hogar, el enfermo esquizofrénico se enfrenta al desafío de la reinserción al círculo familiar, y por su parte la familia asume no sólo los cuidados de un pariente enfermo, sino también, los efectos indeseables de esta enfermedad crónica, que desencadenan conflictos entre

sus miembros, aislamiento social y, en suma, deterioro de la calidad de vida. Y concuerdan que con tales antecedentes, se hace imperioso entregar información y apoyo psicológico a pacientes esquizofrénicos y sus familiares, para lo cual surge como alternativa la psicoeducación. Este modelo, educa acerca del problema que se padece, considerando al paciente y a la familia como colaboradores activos de la rehabilitación mental.

Uriarte en su estudio sobre violencia enfermedad mental y estigma (2007), relata que son muchas las dificultades para detectar riesgo de conducta violenta en los pacientes. Algunas variables no relacionadas con la salud mental, como determinados condicionantes demográficos o sociales, contribuyen de forma más significativa al riesgo de violencia que las variables clínicas. El riesgo inmediato de conducta violenta puede producirse por la presencia de síntomas psiquiátricos agudos, mientras que el riesgo a largo plazo se asocia más con variables personales e históricas.

Estado del arte

Una propuesta se encuentra en el informe sobre trabajo con familias y rehabilitación Basteiro (1999), que propone el trabajo con familiares de los pacientes con enfermedad mental, ya que también ellos son personas que sufren y necesitan ayuda. Porque además se piensa que sin contar con la familia, la rehabilitación de los enfermos mentales atraviesa muchísimos obstáculos, que pueden reproducirse si se trabaja con ella. Y quizás sea necesario que se comience a confiar en el papel de la familia a este nivel para que ellos también puedan asumirlo.

Otro programa de tratamiento dirigido a pacientes con trastornos de personalidad reveló que este tipo de población, difícilmente establecen un vínculo terapéutico, por lo que se considera conveniente como parte del propósito, contribuir a reforzar una buena alianza de trabajo que parte de comprometer al núcleo familiar en ella. Se persigue crear un clima de cooperación mutua respecto del tratamiento, el que suele ser largo, costoso y muchas veces extenuante para el grupo

familiar. Asimismo, se intenta acoger y manejar las características ambivalencias experimentadas por la familia, sentimientos de culpa y responsabilidad, rabia, desesperanza, etc., frente a lo que le acontece al paciente (Jerez, Alvarado, Paredes, Montenegro, Montes & Venegas, 2000).

De acuerdo con Fernández, Fombedilla & Herrero (2005), un programa de intervención familiar que enmarca un modelo de intervención terapéutica de corte psicoeducativo, con componentes cognitivo-conductuales e idiosincrático aplicado en un hospital concluyo que los pacientes con trastornos psicóticos y graves de la personalidad que participan en programas psicoeducativos junto con sus familiares durante su hospitalización parcial en el hospital de día mejoran su comunicación con la familia, la mayoría mejoran su relación con ella, asimismo mejoran también su relación con personas ajenas a la familia. También logran mayoritariamente un mayor conocimiento de la enfermedad, así como una mayor adherencia al tratamiento, representado en el hecho de que toman la medicación mejor que antes, concediéndole más importancia que antes, colaboran más que antes en las actividades de la vida diaria familiar y presentan, en su mayoría, una actitud más positiva frente al futuro.

Asimismo otro estudio refiere que los familiares que participan en talleres perciben funcionalidad familiar, ya que esta instancia provee apoyo profesional e informal al ser un espacio social con otros cuyas condiciones son similares, de donde se deriva la necesidad de facilitar la participación de los cuidadores, en programas psicoeducativos, como parte integral del tratamiento del paciente (Caqueo & Lemos, 2008).

Un estudio realizado en Colombia Ardilla (2009), asume la importancia del apoyo familiar como proceso psicosocial, no solo como estrategia de las familias ante las crisis y ante la inseguridad creciente frente al Estado, sino desde su fomento mismo, a partir de las políticas sociales impulsadas por el propio Estado a partir de las “sugerencias” de los organismos internacionales.

Un estudio sobre las actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de los enfermos (Revilla & Segura, 2010), reveló que el mayor conocimiento de estas enfermedades y una relación más próxima con estos enfermos podría ser la causa de mayor diversidad en las opiniones y unas actitudes más complejas al día de hoy. Según estos factores principales, podemos ver que los controles son sensiblemente menos autoritarios y restrictivos que los familiares de estos enfermos y que las actitudes varían en dependencia de la edad, profesión y diagnóstico de la enfermedad.

Recientemente un estudio realizado sobre interacciones violentas de las mujeres con sus parejas desde un enfoque sistémico (Freddy y Dávila, 2012), analizó la interacción entre parejas, donde la mujer se mostraba violenta con su pareja, mostrando que ésta tiene una participación activa al recurrir a conductas verbales durante los episodios violentos, siendo factores detonantes y que se retroalimentan entre sí. Por su parte, los hombres, optan por la agresión física. Por lo tanto se concluyó en enfocar el tratamiento terapéutico a provocar cambios en los patrones de interacción circular, en lugar de centrarse en alterar la conducta de alguno de los actores de episodios violentos.

Asimismo una revisión amplia de investigaciones sobre psicoterapia grupal multifamiliar enfocada a adolescentes con trastorno del comportamiento perturbador realizado en 2012 (Pérez, Jiménez, Sampere), constata que se ha visto más efectiva que la hospitalización en la reducción de las conductas y en la mejora del funcionamiento familiar y la asistencia a la escuela. En dicho análisis se realizó un estudio de seguimiento a largo plazo de pacientes adolescentes que recibieron terapia multisistémica en el que se encontró que tuvieron menos recidivas en problemas de conducta, que los adolescentes que recibieron terapia individual.

Con lo anteriormente revisado, coincidimos entonces con el planteamiento de Gómez (2009), en el sentido que uno de los objetivos de la reforma de la atención psiquiátrica en el

mundo ha sido lograr que las personas con trastorno mental permanezcan en los ámbitos cotidianos de vida, en aras de su inclusión social y su acceso al estatuto de ciudadanas, y esto ha implicado, entre otras cosas, la transformación de las modalidades de atención. Un aspecto fundamental (aunque no el único) para que esta transformación sea posible, lo constituye el apoyo familiar, puesto que de este dependerán en gran medida las posibilidades de integración de las personas con trastorno mental.

Justificación

Los trastornos mentales se hacen ya parte del panorama epidemiológico de México según informan Borges, Medina & López (2004), y seguirán en el escenario nacional por las próximas décadas, incrementando incluso su presencia como causa de enfermedad, discapacidad y muerte en nuestro país. La epidemiología de los trastornos mentales se enfrenta a enormes retos en el nuevo milenio. Los aspectos más importantes de su desarrollo futuro se vinculan con los siguientes puntos: medición de los trastornos mentales, de los factores de riesgo, el diseño y métodos de muestreo más eficientes, la relación entre la investigación biológica, la genética, las disciplinas sociales, la epidemiología, la interfase entre la epidemiología y la evaluación de los tratamientos y los servicios.

Asimismo también sostienen que la epidemiología psiquiátrica actual ha favorecido la noción de que es poco provechoso hablar de enfermedad mental en general, de la misma manera que no se plantea una epidemiología de la enfermedad crónica o de la enfermedad transmisible, en singular. La clasificación de los trastornos mentales combina la tradición norteamericana mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Revisión (1994), también llamado DSM-IV, con la tradición internacional con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª revisión (CIE-10). Ambas clasificaciones distinguen los trastornos mentales con base en su sintomatología. Como

resultado, la epidemiología psiquiátrica abandonó la postura que planteaba que era imposible realizar diagnósticos específicos de trastornos mentales en estudios comunitarios, y que sólo aspiraba a catalogar a los individuos en un continuo de salud-enfermedad mental, que algunos llamaron tensión psicológica, distress o desmoralización. La investigación actual ha demostrado que existe una gran variabilidad y posibilidad de precisión diagnóstica en los trastornos de la emoción, la cognición y la conducta, así como en sus factores de riesgo, evolución y pronóstico.

En lo que concierne a la psiquiatría actual Rodríguez (2000), plantea una pluralidad de conceptos que utiliza para explicar los hallazgos similares a nivel clínico o experimental. Este pluralismo es inevitable en las primeras etapas de la ciencia, y en principio puede ser considerado saludable, pero en la psiquiatría ha ido creando escepticismo y confusión debido a la sucesión permanente de los diversos modelos que han ido remplazando unos a otros sin lograr explicar detalles críticos de los trastornos de conducta.

A consecuencia de no contar con una teoría con propiedades deductivas y corroborables y en ausencia de una metodología que facilite la prueba y rechazo de la hipótesis, se pueden generar diversas explicaciones causales, se pueden dar varios debates metodológicos, sin que se resuelva la confusión conceptual.

Actualmente como lo señala un informe de Prevención en Salud Mental (2008), existen diversas teorías que explican la enfermedad mental, como por ejemplo, las teorías ambientalistas que consideran que las causas ambientales de las enfermedades mentales se generan debido a las situaciones más o menos dramáticas de la existencia, como las emociones, las experiencias sociales, las catástrofes, las pasiones, las desilusiones sentimentales, los abandonos. De manera que todo se reduce a un denominador común que es el papel patógeno de los problemas de la existencia y en el fracaso de los mecanismos de adaptación.

Existen teorías sociológicas que consideran a la enfermedad mental como una consecuencia de la estructura social y de la presión cultural que ejerce ese tipo de organización sobre el individuo.

Por otro lado también las enfermedades mentales pueden tener un origen endógeno como la herencia, la constitución y debido a patologías orgánicas de distinta índole.

Las teorías organicistas que caracterizan a la psiquiatría clásica, son las que consideran de etiología orgánica a las enfermedades mentales, principalmente las producidas por lesiones cerebrales; y lo más destacado de estas teorías es que tienen en cuenta el conjunto de síntomas que se producen por el mal funcionamiento de los centros funcionales cerebrales.

Estas teorías organicistas tienen que ser complementadas con los aportes de las teorías ambientalistas y sociológicas para llegar a un concepto causal de la enfermedad mental más humano, permitiendo atribuir un papel más importante a la dinámica de las fuerzas que desorganizan la vida psíquica.

Por lo que resulta imprescindible tanto la prevención de la salud mental como realizar un examen minucioso para detectar las diversas patologías como en el caso de las conductas antisociales, el grado de adaptación, la tendencia al suicidio, el rechazo del alimento, la presencia de conductas impulsivas, la tendencia a las adicciones y los cambios en las características de la personalidad habitual, entre otras.

Los recursos con los que cuenta la institución Dr. Everardo Newmann Peña, que actualmente se enfocan en la ayuda terapéutica con pacientes enfermos mentales de acuerdo a cada situación en particular brindan un soporte significativo para los propósitos terapéuticos, que proveen de recursos suficientes para dar paso al objetivo de disminuir la incidencia de pacientes de consulta interna y externa, al mismo tiempo que permiten la participación familiar para hacer mas óptimos los tratamientos de rehabilitación del paciente.

El proceso de atención y rehabilitación del paciente, permite reducir el número de casos con padecimientos de enfermedad mental y sus efectos en el ámbito social, ya que al reducir la incidencia de pacientes al hospital, también se está logrando una reinserción en el ambiente socio-cultural, mismo que refleja una mejor adaptación en su espacio familiar.

La realización de este proyecto, permitirá conocer y comprender a través de los casos la sintomatología, los planes y programas de atención institucional, así como las modalidades de intervención terapéutica con el objeto de su análisis y estudio de las estrategias de atención y resultados. A lo que lleva una actitud de servicio institucional, al interesarnos por las condiciones de tratamiento de dichas instituciones que tratan de dar resultados a ciertas situaciones.

Con esto en mente, consideramos trascendental el estudio y la aplicación de tratamiento psicológico a una institución psiquiátrica, ya que la rehabilitación de los pacientes en este contexto, necesitan de una atención detallada y concisa y multidisciplinaria que tome en cuenta al sujeto mismo en interacción con su ambiente físico y psicológico. Permitiendo así refinar los conocimientos y aportar una clara, precisa y pertinente actualización del modelo sistémico, ya que no se debe obviar el estudio o tratamiento de las patologías, desde un enfoque específico, tomando como referencia el tiempo en que se aplica, cómo se aplica y a quién se aplica, ya que no es viable generalizar el conocimiento desde una sola perspectiva. Siempre hay que estar actualizando la investigación, y por tanto la intervención que resultara de dicha.

Epidemiología

De acuerdo a estudios realizados por la OMS (2002), se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención. En el primer nivel de atención la frecuencia de trastornos

mentales en la infancia fue entre 12 y 29%. En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad, representan 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%.

La prevalencia mundial refleja en el caso de la depresión un porcentaje del 10 al 25% para las mujeres y de 5 al 12% para los hombres (American Psychiatric Association, 2002). Un 14.9% de la población femenina ha sufrido a lo largo de la vida algún episodio depresivo mayor, mientras que el 8.6% de la población masculina ha presentado algún episodio depresivo mayor. En el caso del trastorno distímico la prevalencia-vida (con o sin un trastorno depresivo mayor superpuesto) es aproximadamente del 6%. La prevalencia puntual del trastorno distímico es aproximadamente del 3% (American Psychiatric Association, 2002).

La prevalencia de la población mundial para el trastorno Bipolar I varía entre 0.4% y 1.6%, el trastorno Bipolar II presenta una prevalencia de 0.5% (American Psychiatric Association, 2002).

Según la American Psychiatric Association (APA) en el año 2002, En los trastornos de ansiedad la prevalencia apunta que entre un 3% y un 5% de la población general ha presentado a lo largo de la vida un trastorno de ansiedad (Citado en Giraldo & Londoño S/F).

Los trastornos de angustia (con o sin agorafobia), puede llegar a ser del 3.5%, y la prevalencia del trastorno en la población clínica es del 10% en individuos derivados de una consulta de salud mental. La fobia social aparece una prevalencia que oscila entre 3% y 13% de la población mundial. Los trastornos obsesivos compulsivos, aparece una prevalencia global de 2.5%. En el trastorno por estrés postraumático, aparece en un 8% de la población adulta y en

poblaciones de riesgo (es decir, grupos expuestos a acontecimientos traumáticos específicos), presentan resultados hasta más de la mitad de las personas expuestas. Así mismo para el trastorno de ansiedad generalizada aparece una prevalencia global del 5%, entre los más destacados.

Con respecto a la violencia, el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2002), la aborda como un problema de salud pública en todo el mundo. Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. Los expertos en salud pública señalan que esos datos no son sino la punta del iceberg, puesto que la mayor parte de los actos violentos se cometen puertas adentro y quedan sin registrar. Aparte de las muertes, millones de personas resultan heridas a consecuencia de la violencia y sufren problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales, tal como se señala en dicho informe.

Ostrosky (2008), señala que las conductas violentas son, de manera alarmante cada vez más comunes en nuestra sociedad y se consideran en la actualidad un problema de salud pública. Se presentan en diferentes niveles, que van desde el abuso doméstico hasta el crimen en calles y homicidios. Según el INEGI, esta causa de muerte sigue siendo la segunda en adultos jóvenes (de 15 a 20 años) con 12.4% en el 2005, ocupando el segundo lugar después de las defunciones por accidentes, el cual abarca el 31.1%.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011), el El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), precisó que a nivel nacional, 42 de cada 100 mujeres declararon haber recibido agresiones emocionales en algún momento de su actual o última relación, que afectan su salud mental y psicológica, mientras que 24 de cada 100 recibió algún tipo de agresión para controlar sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar, así como cuestionamientos con respecto a la forma en que dicho ingreso se gasta. En cuanto a la violencia física, el Estado de

México tiene el porcentaje más alto de mujeres afectadas, con 15.5%, mientras que Sinaloa tiene 9.7%. La tasa nacional fue de 13.5%.

Diagnóstico Situacional Institucional

Se realizó un diagnóstico situacional en la clínica Dr. Everardo Neumann Peña, con la ayuda del análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), que es una de las herramientas esenciales que provee de los insumos necesarios al proceso de planeación estratégica, proporcionando la información necesaria para la implantación de acciones y medidas correctivas y la generación de nuevos o mejores proyectos de mejora (Instituto Politécnico Nacional, 2002).

Análisis FODA.

Fortalezas (institucionales).

- Accesibilidad de la información institucional, para recabar los datos necesarios para el desarrollo del diagnóstico situacional.
- Excelente apoyo de los profesionistas y encargados de cada área, por aportar información sobre sus funciones y experiencia de trabajo en la clínica, con pacientes, así como de proveer la información necesaria para diseñar el objetivo del proyecto.
- Infraestructura adecuada para las intervenciones con los pacientes y sus familias.
- Actualmente se siguen implementando programas de calidad anualmente, los cuales mejoran las condiciones de servicio y atención de mayor calidad a los pacientes, lo cual permite a mi intervención una probabilidad mayor de contar con los requerimientos necesarios para trabajar con familias y sus pacientes.

Oportunidades (situación externa).

- Instituciones como el IMSS y el ISSSTE, cubren las necesidades económicas de los derecho habientes cubriendo en su totalidad los gastos hospitalarios, así como las personas que pertenecen al Seguro Popular siendo accesible la atención médica de este tipo a la población en general.
- Se obtuvo el permiso institucional, que permite establecer los parámetros necesarios para asegurar el diseño de intervención en base a lo encontrado en el diagnóstico situacional.
- La mayoría de los familiares del paciente están dispuestos a acompañarlo y apoyarlo en el proceso de tratamiento psicológico si fuera necesaria una participación por parte de ellos.

Debilidades (Institucionales).

- Actualmente no se cuenta con un seguimiento a pacientes por abandono de tratamiento, lo cual perjudica el seguimiento o término de una intervención médica y psicológica.
- No se cuenta con un registro documentado de motivo de consulta o hablando de categorías que detecte a primera instancia la presencia de conducta violenta, sino más bien se utiliza el diagnóstico como tal a lo que dificulta mi extracción de la muestra.
- Actualmente no existe una evaluación de la efectividad terapéutica, ya que se basa a criterio del terapeuta junto al seguimiento con sus pacientes y los avances en cuanto a sintomatología y funcionamiento familiar, pero sin una escala que valore o compruebe que las intervenciones terapéuticas fueron las provocadoras de cambios y bienestar del paciente. Por lo anterior no se sabe con exactitud la eficacia de las intervenciones, desde el enfoque sistémico con pacientes que asisten a una clínica psiquiátrica.

Amenazas (situación externa).

- El transporte es limitado para la población que no cuenta con vehículo, esto provoca que las personas falten seguido a sus citas al no contar con un traslado accesible a sus horas de consulta.
- La mayoría de las personas son de estatus socio-económico bajo, por lo que las personas que no cuentan con los apoyos médicos mencionados anteriormente, es posible que no terminen el tratamiento completo.
- Actualmente no hay instrumentos recientes sobre evaluación de violencia, por lo que se dificulta detectar a personas con esta problemática a la hora de realizar un diagnóstico por esta causa.

Análisis de resultados. Actualmente en la institución existe la población de pacientes con las características requeridas para acceder a una intervención psicológica desde el enfoque propuesto. La mayoría de los familiares están dispuestos a acompañar al paciente en su rehabilitación junto al tratamiento psicológico, asegurando una mayor probabilidad de acceder a las familias para la intervención.

Se encontró que en las condiciones institucionales para la atención a pacientes en el hospital cuenta con el espacio físico y la infraestructura organizada y dirigida para hacer establecer el contacto psicoterapéutico, que se requiere para la realización de objetivos del proyecto. Así como también se cuenta con el recurso humano médico y administrativo calificado para el proceso de rehabilitación y tratamiento que sigue cada paciente en el hospital aunado a la misión institucional, que pretende contribuir a la recuperación de la salud mental del usuario en su entorno., por lo que resulta necesario un proceso psicoterapéutico conveniente y dirigido a cada caso.

En cuanto a las respuestas negativas, nos topamos con la falta de clasificación de conductas de los pacientes que ingresan, haciendo falta dicha información para detectar a los pacientes de la muestra de manera inmediata. Otro aspecto negativo es la tasa de deserción ocasionada en parte por la ubicación y demanda de la institución.

Conclusiones. De acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis FODA institucional, se considera viable la realización del objetivo del proyecto el cual refiere la aplicación de un modelo de intervención desde el enfoque sistémico estructural dirigido a pacientes que presentan conducta violenta, junto con sus familias; asimismo se encontró que cuenta con las condiciones institucionales internas y externas suficientes para llevarlo a cabo.

En un principio se detectará a la población de manera precisa con la implementación de estrategias que aseguren la adecuada selección de la muestra una vez conocidos los posibles obstáculos de elección.

Tomando en cuenta los resultados de este análisis se puede proveer y anticipar posibles dificultades en la trayectoria del desarrollo de esta propuesta, y así minimizar las debilidades y amenazas detectadas.

Referencias

- Arbach K & Pueyo A., (2007). “Valoración del riesgo en violencia en enfermos mentales con el HCR-20”. Papeles del psicólogo. Recuperado el 15 de Octubre del 2011.
- Ardilla S., (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista colombiana de psiquiatría*. Recuperado el 23 de Septiembre del 2011, de http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/rcp109artorg6_el_apoyo_familiar_como_uno_de_los_pilares.pdf.
- American Psychiatric Association. (2002).
- Basteiro S. (1999). Trabajo con familias y rehabilitación. Asociación Pro-Salud Mental *La Fronter*. Recuperado el 24 de Septiembre del 2011 de http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf11_2/informe2.pdf
- Borges G, Medina M. & López S. (2004). *El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales*. Recuperado el 16 de Octubre del 2011, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342004000500011&script=sci_arttext
- Caqueo A. & Lemos S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*. Recuperado el 20 de Septiembre del 2011 de: <http://www.psicothema.com/pdf/3525.pdf>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a (1994). 4ta Revisión: DSM IV
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, (2011).
- Fernandez L., Fombedilla C. & Herrero J. (2005). Evaluación de un programa de intervención familiar en pacientes psicóticos y con trastornos graves de la personalidad. Recuperado el 8 de Octubre del 2011 de: <http://www.aen.es/web/docs/RevAEN94.pdf>

- Giraldo V. & Londoño A. (S/F). Estudio de prevalencia de los trastornos mentales y caracterización psicológica de los usuarios de consulta externa en psicología de diferentes universidades de Colombia. *Red De Investigadores En Psicología ASCOFAPSI*
- González E. (2000). La crisis de la salud mental. *Contrapsicología y Antipsiquiatría*. Recuperado el 16 de Octubre del 2011, de <http://www.bsquero.net/textos/historia-de-la-antipsiquiatria>.
- Gómez S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Recuperado el 23 de Septiembre del 2011, de http://www.Psiquiatria.com/articulos/pacientes_y_familiares/46895
- Hernández O. & Sarquis Z. (2009). El encierro institucionalizado. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Recuperado el 16 de Octubre del 2011, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num1/Art4Vol12No1.pdf>
- Instituto Politécnico Nacional. (2002). Metodología para el análisis FODA.
- Jerez S., Alvarado L., Paredes A., Montenegro A., Montes C. & Venegas L. (2000). Programa de trastornos de personalidad de la Clínica Psiquiátrica Universitaria: un enfoque multidisciplinario. *Revista Sociedad de neurología, psiquiatría y Neurocirugía*
- Lemos S. (2006). *Familia y enfermedad mental: Su contribución para la recuperación clínica*. Recuperado el 7 de Octubre del 2011 de http://www.p3-info.es/PDF/Familia_y_enfermedad_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud, (2002). *Violence and Health*. Zurich: OMS.
- Ostrosky F. (2008). *La violencia en tu cerebro*. Ed. Quo. Pág. 21-110.

- Organización Mundial de la Salud, (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud.
- Pérez G., Jiménez B., Sampere P. (2012). Psicoterapia grupal multifamiliar y terapia multisistémica para adolescentes con trastorno del comportamiento perturbador. *Revista de psiquiatría*. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/54595/>
- Revilla C. & Segura Y. (2010). Actitud de la familia hacia el enfermo mental. *Actas Españolas Psiquiatría*.
- Rodríguez C. (2000). Teoría evolucionista de los trastornos mentales. Recuperado el 10 de Octubre del 2011 de <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol2/articulos/articulo2.pdf>
- Rodríguez M, Carla D., Castillo M. & Paz M. (2002). Familiares de esquizofrénicos: vivencias del día a día. *Revista Lilacs*.
- Sauceda J. (2002). La salud mental y la violencia familiar dirigida al menor. *Gaceta médica de México*. Vol. 138 No. 2 <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gm022e.pdf>
- Tech V. (2007). Sobre la relación entre enfermedad mental y violencia. <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=sobre+la+relacion+entre+enfermedad+mental+y+violencia+a+partir&source=web&cd=3&ved=0CD0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.psiquiatriasur.cl%2Fportal%2Fmodules%2Fnews%2Farticle.php%3Fstoryid%3D133&ei=qtzYUdmCDeOVjALbm4GoBA&usg=AFQjCNGT1e0XdqPmXcdqgb2LhatYNlI0AQ>
- Uriarte J. (2007). Violencia, enfermedad y estigma. *Revista psiquiatría legal*. <http://www.slideshare.net/guestaeafd35/sensibilizacion-presentation-557383>
- Vásquez R. (2007). Antipsiquiatría: Deconstrucción del concepto de enfermedad mental. Recuperado el 3 de octubre del 2011 de: <http://www.observacionesfilosoficas.net/antipsiquiatriadeconstruccion.htm>

CAPÍTULO DOS

Diseño de la Intervención

Marco teórico

Enfermedad mental. Según la psiquiatría, la enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida (Hales, 2009).

Según el DSM-IV-TR (2003), los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, careciendo de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón de comportamiento o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción de comportamiento psicológica o biológica (Citado en APA, 2003).

Asimismo Amado (1985), explica que generalmente se considera normal al individuo que respeta un cierto orden, el orden más ampliamente extendido en una sociedad y transmitido de generación en generación en sus principios esenciales y de diversas maneras. Hoy se considera que la locura tiene un origen natural. Asimilada a una enfermedad del cuerpo, hasta hace poco se le concebía como una expresión directa del funcionamiento deficiente del órgano de que depende de la vida mental, el cerebro. Después de la tentativa de la psicología asociacionista, puramente exterior que trataba de aislar facultades psicológicas de la totalidad de la vida psíquica y que desarrolló la teoría de las localizaciones cerebrales, se procuro por fin comprender al hombre loco tal y como éste vive y piensa. Expone que la psicopatología tiene su origen en el desequilibrio, en el desfallecimiento o en la insuficiencia del psiquismo. Esta insuficiencia

corresponde a una situación particular del ser del sujeto, situación que pone trabas a su deseo de vivir. El obstáculo puede presentarse en los modos opuestos del exceso o del demasiado poco, del excedente o del déficit, modos que por lo demás puedan coexistir o sucederse el uno con el otro.

Violencia. Ostrosky (2008), apunta que la violencia es una conducta agresiva que tiene como intención causar daño físico o psicológico. Aquí la palabra intención es central, ya que el daño físico o psicológico que ocurre por accidente o sin intención, no es ni debe considerarse violencia. Existe agresión sin violencia, pero no violencia sin agresión. Se han investigado sus dimensiones psicológicas, antropológicas y biológicas. En ellas, se arguye con frecuencia que la agresión en el humano no es innata, sino aprendida, imbuida con la cultura. Los antropólogos sostienen que muchas sociedades humanas son pacíficas y que cuanto más primitivas son, menos agresividad muestran. Los etólogos y genetistas, por el contrario opinan que en la agresión existe una tendencia filogenética y neuroquímica. De acuerdo con Lorenz (1973), todos somos portadores de un animal que quiere manifestarse, pero que siempre logra ser reprimido gracias a un enérgico sistema de control. Para Lorenz es precisamente esta represión la que nos hace libres, la que nos convierte en seres humanos. En este sistema, el cerebro es el órgano que rige nuestra conducta, y por lo tanto, el objeto de estudio fundamental para conocer el origen de este comportamiento.

El cerebro emocional está formado por estructuras que se desarrollaron muy temprano en la evolución, es por ello que las emociones son más primitivas que nuestras habilidades cognoscitivas. Estos centros estructurales del cerebro están localizados en los lóbulos frontales y evolucionaron durante la última etapa de la historia de nuestra especie, por lo mismo, son los últimos de madurar en el desarrollo individual y social. La mayoría de las investigaciones sobre la agresión y la violencia se ha enfocado en las partes anteriores del cerebro, que incluyen los lóbulos temporales y frontales. Se ha descubierto el importante papel que juega una subdivisión

de los lóbulos conocida como las áreas prefrontales y situada en la región más al frente de ellos. Esta zona está involucrada en la capacidad de abstracción y en la inteligencia, planeación, inhibición de conductas inapropiadas y la regulación de las emociones. La corteza prefrontal se subdivide en corteza medial, dorsolateral y orbitofrontal; se ha comprobado que alteraciones en esta última producen conducta antisocial y violenta.

Etiología de la violencia. Existen muchas teorías que tratan de dar cuenta de las causas o la etiología de la violencia, pero regularmente se encuentran gran cantidad de variables a considerar.

Factores biológicos. Los problemas biológicos que puede traer consigo un embarazo mal cuidado en el que la madre consume alcohol y drogas, con un parto mal asistido, aunado a un posterior abandono materno, son variables que han sido investigadas en conjunto como posibles causas de la incubación de individuos que serán violentos.

Factores hereditarios. El genoma humano fue esperado con enorme expectativa para buscar en él entre otras cosas, el asiento del comportamiento humano en salud y enfermedad.

Estudios epidemiológicos, estudios de gemelos, comportamiento y conducta entre hijos biológicos e hijos adoptivos apuntan a la importancia de la herencia en la conducta humana. Últimamente se incorporan los primeros pasos en el conocimiento molecular, donde la neurotransmisión tiene verdadero interés. Se busca identificar genes que controlen la formación de neurotransmisores y receptores, en relación con la conducta humana.

El primero de ellos, la serotonina, ejerce un control inhibitorio sobre la agresión impulsiva. Su enzima catalizadora, hidroxilasa del triptofano, es un producto del gen ubicado en el brazo corto del cromosoma 11. Se han identificado dos polimorfismos de este gen asociados a comportamiento impulsivo y violento. En estos individuos, el Acido 5 Hidroxi-indol acético (5HIAA/ , metabolito de la Serotonina está reducido en el líquido céfalo-raquídeo. Este resultado

se explica como una disminución de la actividad serotoninérgica central, sea en su producción o actividad de receptores. La reducción de 5HIAA se encontró en personas con intento de suicidio con actos violentos y en personas con desórdenes de personalidad que demuestran conducta agresiva durante toda su vida (Pérez, 2007).

La violencia: enfoques psicológicos.

Enfoque dinámico. Los psicoanalistas consideran que la violencia es producto de los mismos hombres, por ser desde un principio seres instintivos, motivados por deseos que son el resultado de apetencias salvajes y primitivas. "Los pequeños", señala Anna Freud (1980), en todos los períodos de la historia, han demostrado rasgos de violencia, de agresión y destrucción. Las manifestaciones del instinto agresivo se hallan estrechamente amalgamadas con las manifestaciones sexuales".

El instinto de agresión infantil, según Anna Freud, aparece en la primera fase bajo la forma del sadismo oral, utilizando sus dientes como instrumentos de agresión; en la fase anal son notoriamente destructivos, tercos, dominantes y posesivos; en la fase fálica la agresión se manifiesta bajo actitudes de virilidad, en conexión con las manifestaciones del llamado complejo de Edipo.

Sin embargo, Freud & Lorenz (1975), comparten la idea de que la agresión puede descargarse de diferentes maneras. Por ejemplo, practicando algún deporte de lucha libre o rompiendo algún objeto que está al alcance de la mano. Si Lorenz aconseja que el amor es el mejor antídoto contra la agresividad, Freud afirma que los instintos de agresión no aceptados socialmente pueden ser sublimados en el arte, la religión, las ideologías políticas u otros actos socialmente aceptables. La catarsis implica despojarse de los sentimientos de culpa y de los conflictos emocionales, a través de llevarlos al plano consciente y darles una forma de expresión.

Enfoque social. El análisis que ha realizado la Psicología Social convencional de la agresión y la violencia, se puede dividir en dos etapas: el que realizaron las perspectivas más clásicas y el que se ha realizado más contemporáneamente (Doménech & Iñiguez, 2002)

Violencia y familia. Algunas variables implicadas en la etiología familiar para la aparición de la violencia son:

- Ausencia de marcos de referencia de comportamiento social y familiar: No existe como tal una estructuración de modelo de comportamiento, a consecuencia de que la persona ha carecido de dicho aprendizaje familiar y social que le sostenga un conjunto de reglas y límites establecidos.
- Rechazo de los padres hacia el hijo: Según Rohner (1986), es la ausencia de calor, afecto o amor de los padres hacia sus hijos o el privarlos de éstos de modo significativo. Puede adoptar tres formas: a) hostilidad y agresividad; b) indiferencia y negligencia y, c) rechazo indiferenciado (Citado en Lila & Gracia, 2005).
- Actitud negativa entre padres e hijos: El nivel de actitud negativa de los padres frente al hijo predice los comportamientos antisociales, al margen de la predisposición genética, siendo otro aspecto muy importante la confusión de límites con inversión de roles
- Temperamento del sujeto en interacción con la dinámica familiar: En el grupo familiar, el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto.
- Refuerzo positivo a la agresividad: si la conducta agresiva es reforzada por un estímulo es que éste resulta reforzador, aumentara la probabilidad de que esa respuesta aparezca de nuevo en el futuro.
- Prácticas de disciplina inconscientes.

- Carencia de control por parte de los padres: carencia de habilidades negociadoras, comunicación unidireccional padres-hijos y ausencia de diálogo.
- Empleo de la violencia física como práctica social-familiar aceptable: Comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, a un miembro de la familia contra algún otro familiar
- Historia familiar de conductas antisociales.
- Empleo de castigos corporales: Aplicación deliberada de dolor corporal a una persona con la intención de disciplinar para que cambie su conducta en una orientación positiva para la persona que recibe dicha disciplina. Usualmente se aplica, suministrando golpes con las manos o con algún objeto. han sido aplicados a lo largo de la historia como método de educación a niños por parte de sus padres.
- Aislamiento social de la familia: Ha sido señalado como un significativo factor de riesgo estrechamente asociado con el maltrato infantil.
- Exposición continuada a la violencia de los modelos de comunicación: hay modelos de comunicación que atentan contra la relación que mantienen entre ellos y provoca situaciones de violencia. el mayor impacto que producimos en los demás está determinado por el lenguaje corporal, o sea nuestra postura, gestos y contacto visual. Alrededor del cuarenta por ciento del efecto depende del tono de voz y sólo el siete por ciento del contenido de las palabras.

Fenomenología de la violencia. La sociedad contemporánea está basada en la diferencia y la auto organización. A diferencia de la modernidad, en donde las acciones estaban contenidas en diferentes instituciones, el sujeto ha personalizado al mundo y ha adquirido la capacidad de servir como medida de sus propias acciones. Ante el retraimiento de las instituciones, o más bien su

difuminación, el poder ha debido cambiar de índice, modificando los frenos culturales tradicionales. Los límites de la violencia han quedado discrecionalmente sembrados en los parámetros de la personalización. Y la globalización, el desmedido crecimiento económico y la grandeza tecnológica por estar soportados por un sinnúmero de procesos destructivos y autodestructivos, no hacen sino apuntalarlo. La misma sociedad contemporánea propicia la aparición y diseminación de la violencia destructiva. Desde las altas tasas de desempleo, la indiferencia de las instituciones económicas y sociales hacia las situaciones de pobreza extrema, la facilidad con la que las drogas y el alcohol circulan entre los jóvenes, la poca importancia que la vida adquiere entre ellos los jóvenes, más la falta de proyectos de vida entre los jóvenes, quienes pueden transitar por la sociedad sin necesitarlo (Coronado, 2007).

Continúa Coronado, explicando que esto desata la violencia sin sentido, que no tiene metas y carece de ideología, ni motivaciones depredadoras y tampoco forma bandos rivales. Este nuevo tipo de violencia se desarrolla y avanza a la par de la misma sociedad. Y esta es la llave para encontrar la respuesta sociológica, sobre las nuevas formas de la violencia: cuáles son los rumbos por los que camina la sociedad, es decir que al establecer la violencia como un comportamiento dotado de un sentido articulado con el todo social, podrá precisarse una explicación realmente sociológica a este proceso. Ante el agotamiento de la comunicación entre humanos, ante el consumo como mecanismo integrador de la sociedad, ante la personalización de la vida y la aparición de la ética de la estética como norma universal de comportamiento, los polos se encuentran y la ausencia de proyectos en la vida fácilmente se hermana con esta violencia destructiva (Coronado, 2007).

Tipos de personalidad y conducta agresiva. Según Ostrosky (2008), la personalidad, nuestro sello individual, está formado por los rasgos emocionales y de comportamiento,

relativamente estables y predecibles, que caracterizan una persona. Estos rasgos y conductas determinan la manera en que nos relacionamos con los demás y enfrentamos nuevas situaciones.

Ostrosky nos indica diversos trastornos de la personalidad asociados a la violencia que ha identificado La Sociedad Internacional de Psiquiatría:

1. Tipo paranoide: Es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.
2. Tipo esquizoide: Corresponde a un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.
3. Tipo esquizotípico: Implica un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.
4. Tipo antisocial: Es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
5. Tipo histriónico: Constituye un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.
6. Tipo narcisista: Es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

Enfoque sistémico. La terapia familiar sistémica se desarrolló a lo largo de la segunda mitad del siglo XX en diferentes direcciones que abarcan desde las concepciones estructurales clásicas de Salvador Minuchin hasta enfoques sistémicos menos directivos, sin pretensiones de “objetividad” del terapeuta.

Fundamento filosófico. La Teoría General de los Sistemas (TGS), propuesta por Bertalanffy (1945) aparece como una metateoría, una teoría de teorías (en sentido figurado), que partiendo del muy abstracto concepto de sistema busca reglas de valor general, aplicables a cualquier sistema y en cualquier nivel de la realidad. La TGS surgió debido a la necesidad de abordar científicamente la comprensión de los sistemas concretos que forman la realidad, generalmente complejos y únicos, resultantes de una historia particular, en lugar de sistemas abstractos como los que estudia la Física. (Citado en Bertalanffy, 1976).

Enfoque sistémico y violencia. En su informe sobre los factores que contribuyen al maltrato infantil, Mrazek y Mrazek (1985) señalan que uno de los principales desencadenantes del maltrato es la tensión dentro de la familia, así como en la comunidad circundante.

En los casos de familias violentas suele suceder que aquellos que cometen los actos violentos se ven a sí mismos como víctimas y no como agresores. Como observa Minuchin (1984), quienes incurren en la violencia familiar muchas veces consideran estar reaccionando, inevitablemente a la provocación de la víctima y piden que se comprenda su condición de *victimario irrefrenable* (Citado en Fishman, 1988).

Tratamiento sistémico y violencia. En el tratamiento de las familias violentas, la terapia se dirige a establecer fronteras: a reorganizar las reglas familiares en torno a fronteras firmes y funcionales. Si la familia puede crear una frontera funcional en la sala de terapia, hay mayor seguridad de que también podrá hacerlo fuera de la sala (Fishman, 1988).

Principios generales. Al trabajar con familias violentas y explosivas, el terapeuta debe tener firmemente cuatro principios generales básicos: no hacer daño, crear una terapia basada en la experiencia; desarrollar una consideración positiva entre los miembros de la familia y tratar tanto con la familia como con el contexto más amplio. (Fishman, 1988)

Modelo de intervención: enfoque sistémico estructural.

Fundamentos teóricos. El Modelo Estructural Sistémico surge en el campo de la psicología, su principal representante es Salvador Minuchin, y fue desarrollado a finales de la década de los años sesenta del siglo XX como un intento por explicar la relación entre el individuo y su contexto familiar. Este modelo se guía por algunos principios de la Teoría General de los Sistemas.

El modelo normativo de Minuchin para una familia que está funcionando bien es de especial utilidad. Una familia apropiadamente organizada tendrá límites claramente marcados; el

subsistema marital tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. El subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario a los padres, el subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar; por último, el límite entorno de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales sociales y económicos. Varía grandemente el grado en que se admiten parientes o agentes de instituciones sociales en general.

Cabe señalar que el método de Minuchin (1974) de “trazar el mapa” del terreno psicopolítico de una familia ahorra mucho tiempo al terapeuta, ya que la naturaleza de la organización de la familia da al terapeuta estructural las claves que necesita para determinar qué direcciones debe seguir al revisar las pautas de relaciones en la familia. En *Families and family therapy*, Minuchin muestra su propio método de seguir la huella de los grupos familiares. (Citado en Maldonado, 2007).

Una de sus principales aportaciones a la terapia familiar ha consistido en señalar la confusión de la normal jerárquica entre miembros de una familia que no está funcionando bien, la reestructuración de las relaciones familiares, la acomodación de las estructuras ya existentes y dar a cada persona la experiencia de vivir en un grupo normalmente organizado (Maldonado, 2007).

Los términos de la terapia familiar. Concepción sistémica del desarrollo normal según Minuchin (1974): “familia que funciona con eficacia en un sistema abierto (sistema social abierto) en transformación, que mantiene nexos con lo extra-familiar, que posee capacidad de desarrollo y tiene una estructura de organización compuesta por subsistemas”.

Holón: entidades que son en sí mismos un todo y simultáneamente son una parte de un todo (Koestler, 1979). Para el terapeuta la unidad de intervención es siempre un holón.

Los tres axiomas que caracterizan el modelo estructural son:

1. La actividad individual tiene el poder de alterar el contexto en que se sitúa.
2. El individuo participa de continua en reciprocidad con el ambiente y ambos se influyen.
3. La experiencia interior del individuo cambia cuando lo hace el contexto en que vive.

Concepción sistemática de patología familiar

- Rótulo de patología: connota un déficit acusado en la negociación razonable de las presiones que se dan en el sistema familiar.
- Minuchin (1974):“familias que frente a la crisis incrementan la rigidez de sus pautas de transacción y de sus fronteras, y evitan explorar alternativas o son renuentes a hacerlo”.

En terapia familiar estructural, existen 4 categorías de patología familiar:

1. Patología de frontera: Cuando la conducta de frontera (limites) de quienes participan en subsistemas se vuelven inadecuadamente rígidas o débiles y así estorban el intercambio adaptativo de informaciones entre subsistemas. Ejemplo: amalgamiento o desligamiento.
- 2.- Patología de alianzas: Desviación de conflictos o designación de un chivo emisario y coaliciones intergeneracionales inadecuadas.
 - a) Desviación del conflicto: los padres manifiestan total ausencia de conflictos entre ellos, pero están sólidamente unidos contra un hijo o subsistema de hijos.
 - b) Coaliciones intergeneracionales: estrecha alianza antagónica de un progenitor y de un hijo en contra del otro progenitor.
3. Patología de triángulos: Las coaliciones desviadoras e intergeneracionales son fórmulas específicas de triángulos, los de dos contra unos, generalmente son inestables, a la larga producen síntomas.
4. Patología jerárquica: Es una fuente principal de perturbaciones, según Haley son una forma especial de patología de alianza.

Cambio estructural: Es la reubicación de los miembros individuales de la familia dentro de sus subsistemas primarios y secundarios, en la perspectiva de que pueden formar alianzas y estructuras nuevas y más sanas.

Técnicas del modelo estructural.

Coparticipación: Coparticipar con una familia es más una actitud que una técnica. Es hacer saber a sus miembros que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos. No es sólo ofrecer apoyo, sino también hacer cuestionamientos de actitudes disfuncionales. Es importante que el terapeuta obtenga buen partido de sus recursos, no que “imite bien al especialista de éxito.” Primero los pacientes deben sentirse apoyados y contenidos para después ser cuestionados.

Al entrar en coparticipación con el sistema familiar lleva a descubrir sus secretos, a percibir las pautas con que admite la novedad en su vida, por eso el acto de coparticipación es un acto de diagnóstico.

Las maniobras de coparticipación se clasifican según diferentes posiciones de cercanía (*joining*).

1. Posición de cercanía: El terapeuta brinda apoyos y convalidación, connota positivamente.
2. Posición intermedia: El terapeuta escucha de manera activa, pero neutral, esto es prestar atención sostenida a fin de las personas narren los detalles de su historia, desde ahí inicia intervenciones sobre el proceso no sobre el contenido.
3. Posición distante: El terapeuta muestra neutralidad emocional, pero es muy directivo en sus intervenciones, presiona activamente para modificar rutinas; crea contextos nuevos, es decir, escenarios diferentes de interacción.

El cambio, en terapia sistémica estructural se da a través de tres pasos:

I. Cuestionamiento Familiar

- Escenificación: Es poner en acto las interacciones, es la técnica por medio de la cual al pedirles a los miembros de la familia que actúen en su presencia (del terapeuta), permite construir una secuencia interpersonal en la sesión. En el momento mismo de la escenificación se produce el descubrimiento de conflictos que en un principio no parecían importantes pero que tienen que ver con el problema presentado y que todos tienen que ver con este. Ésta técnica se da en tres movimientos:
 - a) El terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide los campos disfuncionales que conviene iluminar.
 - b) El terapeuta organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia interpretan sus pautas disfuncionales por sugerencia y en presencia del terapeuta.
 - c) El terapeuta dirige; esto es, que pide interacciones diferentes a las habituales disfuncionales, esto proporciona información predictiva y motiva a la familia.
- Enfoque: Esta técnica consiste en deslindar la información que la familia proporciona, ya que como es sabido, los pacientes muchas veces inundan al terapeuta con datos que para los primeros todos son importantes. El terapeuta debe jerarquizar esta información e ir dirigiendo la más importante hacia un foco de tratamiento. Lo anterior se logra mediante intervenciones como las siguientes:
 - a) Repetición del mensaje: Consiste en repetir un mensaje muchas veces en el curso de la terapia con el fin de hacer crecer la intensidad. La repetición puede ser sobre dos niveles: la estructura un acuerdo entre los padres, el contenido la hora de llegar a casa de los hijos.
 - b) Repetición de interacciones isomórficas: Va dirigida a otro nivel lógico, que incluye mensajes que en la superficie parecen diversos, pero que son idénticos en un nivel más profundo.

- c) Cambio de tiempo: Apunta a pedirle al padre que hable menos y permita al hijo hablar más.
- d) Cambio de distancia: La cercanía o lejanía en que se colocan los miembros dentro del sistema terapéutico, son datos que sirven para ir corroborando la jerarquía de los conflictos, en los casos de farmacodependencia hemos observado y comprobado que la madre y el paciente identificado mantienen una distancia cercana y el padre se coloca más lejano, esto se refiere también a la distancia psicológica, mas difícil de medir que la distancia física. el terapeuta puede modificar estas distancias pidiendo que cambien de lugar, es decir, que padre e hijo intercambien sillas. La utilización del espacio del consultorio es un instrumento útil para la emisión de mensajes terapéuticos.
- e) Resistencia a la presión familiar: Cuando haya una excesiva resistencia de las familias a la intervención, el terapeuta puede gritar, otras veces hacer como que no escucha lo que le dicen piden, con esto se logra no mantener una homeostasis familiar disfuncional.

II. Cuestionamiento de la estructura familiar.

- Fijación de fronteras o límites: Esta técnica está destinada a modificar la participación de los miembros de diferentes subsistemas. es decir, implantar cambios, por ejemplo, en la relación padre-hijo. Esto se puede lograr mediante dos maniobras:
 - a) La distancia psicológica: cuando habla uno de los miembros, el terapeuta observa quien lo interrumpe o completa la información, quien confirma o rechaza, quien ayuda, etc. también da datos acerca de las alianzas, sobreinvoluciones, coaliciones, la formación de diadas y triadas.
 - b) Duración de la intervención: esta técnica se refiere principalmente a modificar el subsistema terapéutico aplicándolo fuera del consultorio, es muy eficaz recurrir a tareas entre sesión y sesión, por ejemplo, a unos padres que solo van al cine si los acompaña un

hijo, se les puede pedir que lo hagan ellos solos, sin el hijo, esto marca un límite entre el subsistema parental y el conyugal.

- Desequilibramiento: Aquí la meta está destinada a modificar la jerarquía dentro de un síntoma de un mismo subsistema. El terapeuta se debe coligar, ofrecer una alianza inequívoca a un miembro de la familia y persistir en esa alianza hasta que el sistema entre en crisis y en proceso de cambio.
- Complementariedad: Esta estrategia cuestiona la idea de jerarquía lineal; esto se refiere a que para que una persona sea padre es necesario que exista un hijo y viceversa. Hay tres aspectos a cuestionar:
 - Cuestionar el problema: el terapeuta introduce incertidumbre, en cuanto a que el problema sea de un solo miembro de la familia, es decir, el paciente individualizado. en tal caso el terapeuta debe ampliar el foco del síntoma extendiéndolo a más de una persona.
 - a) Cuestionamiento del control lineal: esta técnica se basa en que cada persona es el contexto de las demás, nos referimos al concepto de reciprocidad, el terapeuta muestra una conducta disfuncional y responsabiliza a otra; por ejemplo: decir a un adolescente; “te comportas como un niño berrinchudo” e inmediatamente decir a los padres “ y ustedes, ¿qué han hecho para tener un niño berrinchudo? así, el miembro que es atacado como disfuncional no presenta desafío ya que se ha responsabilizado a otros de esa conducta.
 - b) Cuestionamiento del modo de recordar los sucesos: esta técnica parece ser la que presenta mayores dificultades ya que implica cuestionar el modo en que la familia observa y explica lo que sucede, por lo general lo hacen de la parte por el todo, rara vez, esta técnica alcanza su objetivo ya que la familia al aceptar una visión sistémica se coloca del lado perdedor y esto último, poca gente lo acepta. El terapeuta tiene que poder ampliar el foco de atención

de la familia, debe enseñarles a ver íntegramente los sucesos y no meramente la secuencia de acción, las respuestas y las contra respuestas.

III. Cuestionamiento de la realidad familiar.

Construcciones cognitivas : Más que todo esta técnica permite relajar la rigidez referencial y preferencial de la forma en que la familia percibe las cosas y con esto constituye una realidad terapéutica, el terapeuta tiene que tener cuidado de no seleccionar la realidad que el percibe (en cuanto a su propia realidad familiar), es importante construirla con arreglo a una meta terapéutica, es decir, modificar la concepción del mundo y crear una realidad que no haga necesario el síntoma, en este caso la conducta violenta.

Paradoja sistemática, se logra mediante las siguientes técnicas:

- Paradojas: basada en tres principios: la familia es un sistema autorregulado, el síntoma es un mecanismo de autorregulación y el concepto de resistencia sistemática al cambio. El objetivo último de la paradoja es la interacción oculta que se expresa por el síntoma
- Redefinición: Tiene como propósito cambiar el modo en que la familia ve el problema, esto significa, la utilización de la connotación positiva al cien por ciento; el enojo se definirá como preocupación, el sufrimiento como abnegación, el distanciamiento como una manera de permitir mas intimidad, la drogadicción como una forma de unir a los padres para resolver problemas, etc.
- Prescripción: Esta técnica está basada en aquella frase de "más de lo mismo", esto es, pedirle a la familia que siga haciendo lo mismo, ya que es difícil que ellos cambien y si se siguen comportando disfuncionalmente seguirán tan unidos como lo han estado desde que apareció el problema. Para esta maniobra es indispensable que el terapeuta tenga muy claro y entendido el ciclo repetitivo disfuncional que la familia ha creado alrededor del síntoma.

Descripción de indicadores (véase tabla1).

Tabla 1.
Indicadores de las variables a trabajar en la intervención.

Indicadores	Conceptualización	Elementos de análisis	Forma de medición
Conducta violenta física	Daño real, la intención o amenaza de llevar a cabo daño o perjuicio hacia una o más personas. (Webster, Douglas, Eaves & Hart 2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Acoso o persecución - Amenazas - Agresión sexual - Dar puñetazos - Dar patadas - Morder - Arañar - Abofetear - Empujar - Maldecir -Destrucción de la propiedad 	- HCR-20 (Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos). (Webster et al, 2005)
Funcionamiento familiar funcional (variable dependiente)	Estado de una familia que se encuentra organizada, tiene límites claros y cuyas relaciones entre sus miembros son sanas y funcionales (Minuchin, 1991).	<ul style="list-style-type: none"> -Jerarquización del sistema -Reestructuración familiar funcional - Reducción del síntoma (conducta violenta física) 	-Evaluación del funcionamiento familiar (EFF) (Zetune, 2006). - Entrevista Familiar
Funcionamiento global	Funcionamiento global o general del sujeto, durante un periodo específico de tiempo, como un continuo de enfermedad psicológica o psiquiátrica a estado de salud (DSM-IV, 1994)	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración clínica, -Alteración psicosocial - Enfermedad mental - Sintomatología - Grado de salud 	Escala de Evaluación de la actividad global (EEAG) (DSM-IV, 1994).

Objetivos

Objetivo general.

- Identificar los efectos de una intervención desde la aplicación del enfoque psicoterapéutico con fundamento en la terapia sistémica dirigido a pacientes que presentan conductas violentas y sus familias, en una clínica psiquiátrica.

Objetivos específicos.

- Detección y atención de los casos derivados.
- Aplicación del modelo para reestructuración funcional de la familia.
- Evaluar los efectos que tiene el uso de este modelo psicoterapéutico para la disminución de la frecuencia de comportamiento violento de los pacientes.
- Valorar estrategias y técnicas específicas de la intervención sistémica, en cuanto a la rehabilitación del paciente en cada caso.

Método

Diseño de intervención. La organización metodológica de la terapia está basada en la fundamentación de la terapia breve al considerar el contexto terapéutico en el que se va a desarrollar. La distribución de la terapia se implementó en 12 sesiones en forma de unidad. Se ve al paciente una vez a la semana, por un período de 12 semanas a menos que existan otras razones para planearlo diferente, ya sea más frecuentemente por la intensidad de sus condiciones.

El presente proyecto, cuenta con estudio de cohorte prospectivo (Lazcano 2000), debido a que los sujetos de estudio se eligen de acuerdo con la exposición de interés (violencia riesgo alto y moderado) y se sigue a éste grupo de sujetos que serán evaluados en repetidas ocasiones, a lo largo de un periodo de tiempo determinado (véase tabla 2).

Tabla 2.

Secuencia de registro de las variables de asignación, en los distintos momentos del modelo de intervención

Variable de asignación	Secuencia de registro		
	Pre evaluación	Tratamiento	Post evaluación
Conducta violenta	O1	X	O2
Funcionamiento familiar	O1	X	O2
Funcionamiento global	O1	X	O2

Para realizar el estudio exhaustivo de los casos se tomó como metodología el estudio de caso, el cual es una estrategia de investigación dirigida a comprender la dinámica presente en el contexto singular de cada paciente la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría (Eisenstadt, 1989).

Chetty (1996), indica que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa que: es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren; permite estudiar un tema determinado; es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas; permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable; permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que emergen, y juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado meramente como la exploración inicial de un fenómeno determinado.

El diseño de evaluación se efectuó desde una metodología cualitativa, la cual según Stake (1995), tiene el objetivo de comprender un fenómeno centrándose en la indagación de los hechos, es decir que se pretende la comprensión de complejas interrelaciones que se dan en la realidad, para generar la construcción del conocimiento, por lo que el investigador va interpretando los sucesos y acontecimientos desde el inicio hasta el final de la investigación (Citado en Rodríguez, Gil & García, 1999).

Selección de casos. Se eligió a los pacientes que fueran a la clínica psiquiátrica o familiares de éstos que cumplieran con los criterios de riesgo alto o moderado en la escala de riesgo de padecer comportamientos violentos (HCR-20), misma que se aplicaba en el consultorio

de primera vez, urgencias o a cuyos pacientes que fueran canalizados desde el consultorio de paidopsiquiatría.

Los criterios de inclusión fueron: hombres o mujeres entre 12 a 65 años; pacientes o sus familiares que asistan a consulta externa, sin estar hospitalizados; que hayan presentado conducta violenta física o verbal hacia otras personas; y acompañamiento familiar durante el proceso de intervención psicoterapéutica. Los criterios de exclusión fueron: pacientes diagnosticados con cualquier tipo de demencia, retraso mental o motivo de consulta de intento de suicidio.

Instrumentos.

Evaluación individual.

Historia clínica: Es el instrumento que reúne todos los datos disponibles que permiten descifrar y explicar el curso de la vida del paciente en cuanto interesa para el estudio de la enfermedad. Dentro de esos datos se incluyen los personales (biológicos, funcionales, emocionales) familiares, escolares, sociales y laborales.

- Escala de Evaluación de la Actividad Global: Es un instrumento para la valoración del funcionamiento global o general en sujetos, durante un periodo específico de tiempo, como un continuo de enfermedad psicológica o psiquiátrica a estado de salud. Es una escala establecida en el eje V del modelo de la evaluación Multiaxial del DSM IV TR, que busca determinar, con un puntaje de 0 a 100 la condición adaptativa y funcionalidad de un individuo. Se da la calificación de acuerdo a los siguientes rangos:

0: Información inadecuada:

1-10: Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o así mismo o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.

11-20: Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima o alteración importante de la comunicación

21-30: La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas.

31-40: Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo

41-50: Síntomas graves o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar.

51-60: Síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar.

61-70: Algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien, tiene algunas reacciones interpersonales significativas.

71-80: Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales; sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar.

81-90: Síntomas ausentes o mínimos, buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos.

91-100: Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

- Test de detección de riesgo de violencia: HCR-20: Es una guía-protocolo para valorar el riesgo de cualquier tipo de violencia. Diseñado inicialmente en Canadá, actualmente se ha convertido en un instrumento imprescindible para predecir el riesgo de comportamientos violentos en poblaciones penitenciarias y psiquiátricas (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 2005).

Reactivos históricos: Comprende violencia previa, edad del primer incidente violento, relaciones inestables de pareja, problemas relacionados con el empleo, problemas con el consumo de sustancias adictivas, trastorno mental grave, psicopatía, desajuste infantil, trastorno de personalidad e incumplimiento de supervisión.

Reactivos clínicos: Comprende carencia de introspección, actitudes negativas, presencia activa de síntomas de trastorno mental grave, impulsividad y respuesta al tratamiento.

Reactivos de gestión de riesgo: Comprende a ausencia de planes de futuro viables, exposición a factores desestabilizantes, carencia de apoyo social, incumplimiento a los tratamientos prescritos y alto nivel de estrés experimentado.

Evaluación familiar.

- Guía de entrevista para identificar la estructura familiar: Consta de una entrevista con 54 preguntas que evalúa la estructura familiar (Montalvo, 2000).
- Genograma: es una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de al menos tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos (Muñoz, 2012).
- Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF): Es un instrumento que diseñó Epstein en 1981, para evaluar la percepción que un miembro de la familia tiene

acerca de su funcionamiento familiar. Es del tipo likert que utiliza cinco opciones para valorar cada uno de los 40 reactivos (Zetune, 2006).

Sub escalas:

- Factor 1) Involucramiento afectivo funcional, representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar.
- Factor 2) Involucramiento afectivo disfuncional, implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia.
- Factor 3) Patrones de comunicación disfuncionales, se enfoca en una marcada dificultad en el intercambio de información afectiva.
- Factor 4) Patrones de comunicación funcionales, se refiere al intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental (sustento económico, alimento, ropa, casa, transportación, etc.)
- Factor 5) Resolución de problemas, revela que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tienen buena organización familiar, se infiere que pueden resolver los problemas instrumentales que se les presentan.
- Factor 6) Control de la conducta, se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento, los patrones son razonables con posibilidad de negociación y cambio, dependiendo del contexto

Procedimiento.

Fase 1: Diagnóstico individual y familiar (pre-evaluación).

Diagnóstico clínico: Es un estudio técnico, acotado a una serie de entrevistas con un conjunto

de instrumentos adaptados al tipo de estudio entrevista clínica con ayuda de la historia clínica, guía de riesgo de violencia (HCR-20), escala de evaluación de la actividad global y recopilación del informe diagnóstico psiquiátrico. El diagnóstico psicológico como parte de un proceso terapéutico, es el punto de partida necesario para seleccionar el tipo de tratamiento adecuado, la idoneidad técnica para abordar un tipo específico de cuadro, el entrenamiento en las técnicas y el enfoque psicoterapéutico elegido.

Descripción de la conducta violenta del paciente identificado: consiste en señalar si dicha conducta ha provocado daño real, si ha sido intencionada, ha amenazado o llevado a cabo daño o perjuicio hacia una o más personas. La violencia debe presentarse bajo comportamientos que obviamente pueden causar daño a otras personas; un comportamiento que puede producir miedo a otra persona también se considera violento. El daño resultante infligido a la víctima no es definitorio en sí del mismo acto violento, al contrario el acto es violento en sí mismo (Webster et al, 2005). Así como también bajo qué contexto se presenta, como se ha intensificado, en qué momentos puede disminuir y contra quien va dirigida.

Diagnóstico estructural: Es una serie de enunciados sobre 1) las alianzas y coaliciones dentro de la familia; 2) las propiedades de frontera de la familia total y de sus subsistemas; 3) la distribución jerárquica del poder ejecutivo, y 4) las conductas interaccionales clave en que consisten estas estructuras así abstraídas, y que les infunden sentido vivencial. Un diagnóstico estructural es una hipótesis acerca de la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales a partir de la entrevista familiar (Umbarger, 1999).

Símbolos del diagnóstico estructural. El mapa de una familia es un diagrama de su organización. es estático, en cambio la familia está en constante movimiento, pero es un potente artificio de simplificación que permite recoger la diversidad de la información familiar; permite

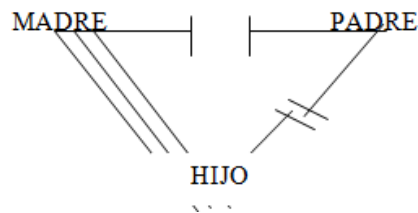
formular hipótesis sobre las áreas en que la familia funciona bien y en las que es disfuncional así como también ayuda a determinar metas .

Frontera o límite: en cualquier sistema son las que definen quien participa en él; existen tres tipos:

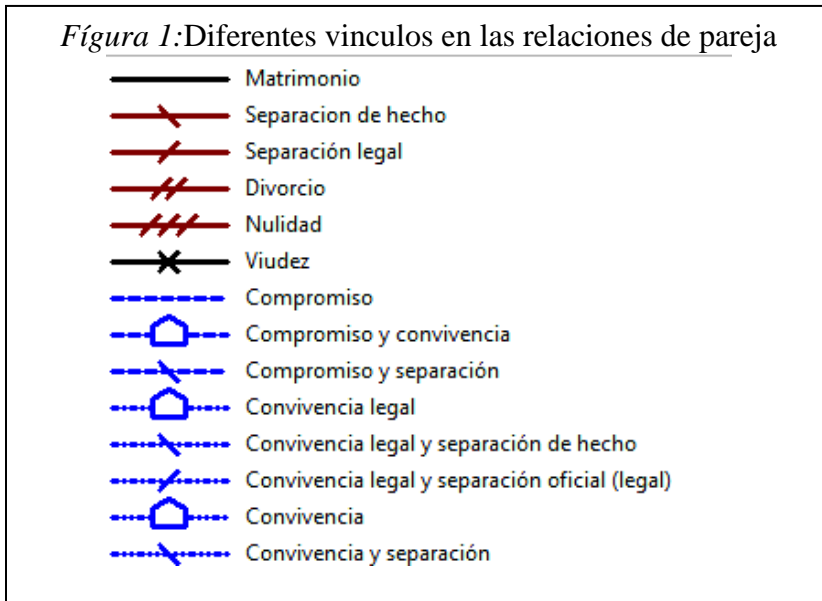
- 1.- frontera franca o abierta (límite claro): -----
2. Frontera cerrada o rígida (límite reducido): _____
3. Frontera difusa (límite difuso):

Alianzas y afiliaciones:

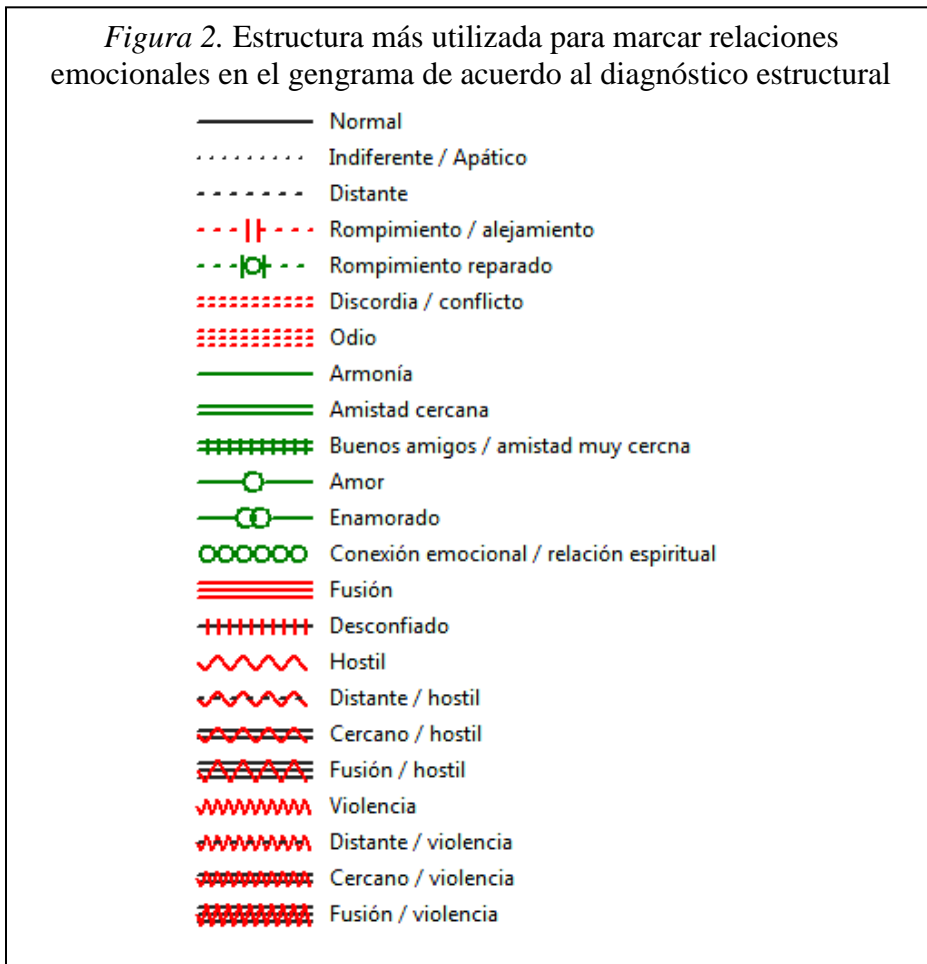
1. Alianza franca y amistosa: **=====**
2. Afiliación aglutinada o sobreinvolucrada: **=====**
3. Afiliación débil:
4. Afiliación conflictiva:
 _____ _____
 | |
5. Coalición de varios contra uno (Coalición progenitor hijo)



Tipo de relaciones de pareja y relaciones emocionales en el genograma. En la figura 1 se muestran las principales relaciones de pareja que se representan en cualquier genograma.



A continuación en la figura 2, se presentan las relaciones emocionales más comunes en los genogramas útiles para la realización del diagnóstico estructural.



Objetivos específicos.

1. Aplicación de instrumentos al paciente identificado: Historia clínica, HCR-20, Escala de evaluación de la actividad global, incluido el cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar.
2. Revisión de expediente psiquiátrico
3. Valoración del estado psicológico del paciente incluida sintomatología psiquiátrica si es que presenta.
4. Indagación de la conducta violenta del paciente identificado.
5. Elaboración de diagnóstico estructural con ayuda de entrevista familiar, genograma y guía de entrevista para identificar la estructura familiar.

Número de sesiones y duración. De dos a tres sesiones (una por semana), con duración de 90 minutos cada una aproximadamente.

Fase 2: Aplicación de la Intervención sistémica, modelo estructural. La terapia sistémica se centra en el paciente no en solitario sino en su contexto social primario, la familia. La atención otorgada a la comunicación y a la interacción dentro de la familia conduce a un énfasis mucho mayor sobre la conducta real (independientemente si el encuadre usado es el de la terapia familiar o la terapia individual).

Minuchin señala que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar a la cual define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 1986).

La perspectiva familiar en el campo de la atención a la salud forma parte de un movimiento intelectual y tecnológico orientado hacia enfoques holísticos y ecosistémicos en

medicina que unen conceptualmente a la mente y el cuerpo y consideran a las personas dentro de sus conceptos sociales específicos.

El conflicto individual en cualquiera de los miembros del sistema es sólo la manifestación de un conflicto familiar (Andolfi, 1989).

Objetivos específicos.

Aplicación del modelo estructural, desde el enfoque sistémico para la reducción del síntoma, conducta violenta del paciente identificado:

- a) Redefinir el problema-queja
- b) Evaluar la disposición al cambio
- c) Determinar las metas del tratamiento
- d) Seleccionar las unidades del tratamiento
- e) Provocar una crisis
- f) Modificar secuencias disfuncionales
- g) Reestructuración familiar
- h) Modificar la jerarquía
- i) Asignación de tareas
- j) Reencuadramiento paradójico

Estrategias y procedimientos.

1. Redefinición del problema-queja: de manera que la unidad familiar global, y el individuo portador del síntoma, puedan ser interesados con inteligencia en el cambio terapéutico.
2. Evaluación de la disposición al cambio de la familia: Esto se integra en la redefinición del problema por el terapeuta y en la fijación que hace de las metas del tratamiento.
3. Determinación de las metas del tratamiento: se hace en cooperación con la familia, de manera que exista acuerdo colectivo sobre los resultados que desean. El terapeuta y la

familia deben ponerse de acuerdo sobre la razón por la cual continuaran sesiones. Las metas más aceptadas son las que consisten en acciones relacionadas a su problema o queja, las metas del tratamiento se irán modificando en el proceso de terapia, a medida que la familia va recorriendo diferentes etapas. Al principio tendrán un foco conductual y por lo común irán referidas al paciente individualizado.

4. Selección de las unidades de tratamiento: junto con una planificación preliminar de las etapas del tratamiento, ya que no todo sucederá enseguida y no hace falta que todos los miembros de la familia intervengan en cada paso. Deben participar los interesados en el proceso de reencuadramiento. Es muy importante que ningún miembro de la familia quede excluido totalmente de algún papel en el proceso.
5. Inducción a la crisis: es preciso desequilibrar la rigidez homeostática de sistemas patológicos antes que se puedan producir transformaciones más adaptativas. Se produce por algunos medios como: interrumpir con persistencia determinadas secuencias críticas, hasta que surjan rutinas nuevas para la solución de problemas, reestructurar determinados subsistemas, con la consecuencia de quebrantar una regla crítica mantenedora del problema y pautación de escenas en la conducta del grupo familiar (para atraer a la actuación a miembros periféricos).
6. Modificar secuencias: El terapeuta debe ordenarlas en varios pasos, enumerándolas en orden de aparición, luego aplicar alguna de estas técnicas: descripción e instrucción, el terapeuta “toma nota en voz alta” de un aspecto crítico de la secuencia, y hace coparticipación en ella por medio de una simple asignación de tarea. El terapeuta debe concluir con una sugerencia acerca del modo de proseguir la interacción. Estas descripciones e instrucciones pueden continuar hasta que la secuencia se descompagine y se establezca el desequilibrio indispensable para el cambio, solo se producirá cambio si al

mismo tiempo se procede a reestructurar el sistema familiar. la descripción debe ser exacta.

7. El terapeuta reestructura subsistemas en la familia, con la consecuencia de quebrantar una regla crítica mantenedora del problema.
8. Utilización de la técnica de desequilibramiento aquí la meta está destinada a modificar la jerarquía dentro de un síntoma de un mismo subsistema. El terapeuta se debe coligar, ofrecer una alianza inequívoca a un miembro de la familia y persistir en esa alianza hasta que el sistema entre en crisis y en proceso de cambio.
9. Con el propósito de interrumpir secuencias, se opta por asignar tareas en el caso crítico de una alianza intergeneracional que se presenta como una coalición contra un tercero. Se formularán con máxima brevedad, omitiendo descripciones detalladas o inferencias sobre los eventuales sentimientos de las personas, asignación de tareas es dejar de lado, lo que uno ha “notado” y proceder a asignaciones directas de tarea, cambio estructural dirigido. La tarea tiene límite en el tiempo, contiene indicaciones acerca de conducta no verbal ejemplo: mírense a los ojos y un tema preciso ejemplo: hablen acerca del enojo.
10. Se produce un desequilibrio sistémico que hace falta para que la familia pueda utilizar a una organización más adecuada. El objetivo de esta técnica (reencuadramiento paradójico) es modificar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros para que busquen respuestas afectivas. La paradoja esta en aparente apoyo al síntoma, la familia responderá con tal oposición e incredulidad, y el terapeuta esperara que colaboren entre sí, y no muestren intolerancia al conflicto o pueden sentir alivio porque acabo el juego situándose en una posición propicia al cambio.

Número de sesiones y duración. 10 sesiones (una por semana) de 60 minutos cada una.

Fase 3: Post- Evaluación. Se realizara el cierre de la intervención junto a la evaluación final del paciente y su familia con la ayuda de la entrevista familiar, así como la aplicación nuevamente de las pruebas de evaluación inicial, con el objetivo de conocer los efectos de la intervención terapéutica al finalizar el trabajo terapéutico con el paciente.

Objetivos específicos.

- a) Se hace el cierre de la intervención con el paciente y su familia y se revisan los cambios establecidos hasta el momento, en comparación con las metas de tratamiento establecidas previamente.
- b) Aplicación de entrevista individual y familiar, para indagar sobre los efectos terapéuticos en relación a la conducta violenta del paciente y los cambios estructurales del sistema familiar.
- c) Re test de Instrumentos: HCR-20, Escala de evaluación de la actividad global y Cuestionario de evaluación del Funcionamiento Familiar

Número de sesiones y duración. De dos a tres sesiones de 60 minutos aproximadamente.

Cronograma de sesiones. En la tabla 3 se muestra el cronograma de las sesiones, siguiendo las fases del procedimiento de intervención. Cabe señalar que dependiendo de la problemática de los casos, la estructura tuvo variaciones en tiempo, sin dejar de lado los objetivos de las sesiones, así como las técnicas del modelo estructural.

Tabla 3.

Organización por sesiones de acuerdo a las fases del tratamiento

Fase	Sesión	Objetivos	Técnicas y estrategias
Diagnóstico individual y familiar (Pre-evaluación)	1	Elaboración de diagnóstico Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Coparticipación
	2	Elaboración de diagnóstico familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del Genograma • Escenificación • Elección de las unidades de tratamiento
Intervención, modelo estructural	3	Definición de las metas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Coparticipación • Enfoque
	4	Redefinición del problema queja: En este caso en relación a la conducta violenta del P.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Circularidad
	5	Desplazar el foco de atención del individuo al resto de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinición del síntoma
	6	Producir crisis para modificar la estructura de subsistemas de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibramiento
	7	Jerarquización dentro de un síntoma en un mismo subsistema	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibramiento • Complementariedad • Fijación de fronteras o límites
		Modificar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros para que busquen respuestas afectivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Reencuadramiento paradójico • Construcciones cognitivas
	9	Interrumpir secuencias disfuncionales entre los miembros del sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de tareas • Modificación de secuencias
	10	Reestructuración familiar funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinición de la conducta violenta del paciente
Post evaluación	11	Aplicación post- evaluación de los instrumentos iniciales de diagnóstico individual y familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis Post prueba
	12	Cierre de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Reencuadramiento del problema • Evaluación de las metas del tratamiento

Análisis de resultados. Para hacer la evaluación de la intervención se realizó un análisis de tipo mixto cuantitativo y cualitativo.

El análisis cuantitativo, se realizó con el programa estadístico R (Ihaka & Gentleman, 1996) versión 2.12.1, con un 95% de nivel de confianza que se mantuvo constante a través de comparaciones múltiples mediante la corrección de Bonferroni. Se evaluó normalidad univariada y la de los residuales de ambas mediciones (Pre y Post) con la prueba de Shapiro-Wilk (Heiberger & Holland, 2004) y la homogeneidad de varianza de los residuales con la prueba de Brown-Forsythe (Heiberger & Holland, 2004). La comparación de medias se realizó mediante las pruebas *t* de Student o *U* de Mann-Whitney dependiendo de la normalidad y homogeneidad de varianza de los residuales.

Para realizar el análisis cualitativo, se conjugaron el análisis de la conducta violenta, el funcionamiento familiar, el funcionamiento global del sujeto y los cambios estructurales de la dinámica familiar a partir de la intervención. Para analizar estas categorías, se recurrió al análisis de contenido el cual es un procedimiento interpretativo de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrada, en este caso las grabaciones de audio de los casos. Según Krippendorff (1997), “es una técnica de investigación destinada a formular a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que pueden aplicarse a un contexto”.

Referencias

- Amado G. (1985). *Fundamentos de la psicopatología: Locura, enfermedad mental y psiquiatría según una ontología psicoanalítica*. Argentina: Gedisa.
- American Psychiatric Association (2003). DSM-IV-TR Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson
- Andolfi, M. (1989). *Terapia familiar*. México: Paidós.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de sistemas*. Madrid: FCE
- Chetty S. (1996). The case study method for research in small- and médium - sized firms. *International small business journal*, vol. 5.
- Coronado, D. (2007). La violencia en la sociedad contemporánea. *Espacio abierto cuaderno venezolano en sociología*, 417-440.
- Doménech M. & Iñiguez R. (2002). La construcción social de la violencia. *Universitat de Barcelona*
- Eisenstadt K. (1989). *El método de estudio de caso*. Estrategia metodológica de la investigación científica. Universidad del Norte (165-193).
- Fisman H. (1988). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, A. (1980): *El desarrollo del niño*, Ed. Paidós Ibérica, Barcelona.
- Hales, R. & Yudofsky, S. (2009). *Fundamentos de psiquiatría clínica*. Ed. Masson, 2ª ed.
- Heiberger R. & Holland, B. (2004). *Statistical Analysis and Data Display: An Intermediate Course with Examples in S-Plus, R, and SAS*. New York: Springer Science Business Media, Inc.
- Ihaka, R., & Gentleman, R. (1996). A language for data analysis and graphics. *Journal of Computational and Graphical Statistics*, 5(3), 299-317.

- Krippendorff K. (1997). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. España: Paidós.
- Lazcano M. (2000). *Estudios de cohorte, metodología, sesgos y aplicación*. Recuperado el 30 de Junio del 2012 de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000300010
- Lila M & Gracia E. (2005). Determinantes de la aceptación rechazo parental. *Revista Psicothema*
Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3072.pdf>
- Lorenz K. (1984). Los ocho pecados mortales de la humanidad civilizada. Barcelona: Plaza & Janés
- Maldonado A. (2007). Terapia estructural. Puebla, México. Recuperado de http://aniorte.eresmas.com/archivos/trabaj_terapia_estructural.pdf
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1994). *Escala de Evaluación de la Actividad Global*. 4ta. Edición
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2003). 4ta. Edición
- Minuchin, S. (1986). Familias y terapia familiar. México: Gedisa.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, M.A. Harvard University Press.
- Montalvo R. (1999). Efectos del uso de la Retroalimentación Estructural Familiar en varias etapas del ciclo vital. México: *ENEP Iztacala*, UNAM.
- Muñoz, D. (2012). El genograma en terapia familiar sistémica. *Universitat de Barcelona*
- Mrazek, D. & Mrazek, P. 1985, Child maltreatment. In M. Rutter & H. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* (pp. 679-697). Oxford: Blackwell.
- Ostrosky F. (2008). *La violencia en tu cerebro*. México: Quo.
- Pérez J. (2007). Aspectos psicobiológicos de la conducta violenta. 8º Congreso virtual de Psiquiatría.

Rodríguez G., Gil J. & García E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Alijibe.

Umbarger C. (1999). *Terapia Familiar Estructural*. Argentina: Amorrortu Editores

Webster, Ch., Douglas K., Eaves D. & Hart S. (2005). *Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. España: Universitat de Barcelona.

Zetune R. (2006). Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar. En *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. Pax.

CAPÍTULO TRES

Implementación de la Intervención

En este capítulo se da una descripción de las áreas más importantes para conocer los casos, junto a la descripción de la intervención, que detalla cada una de las fases de acuerdo al procedimiento realizado con cada uno de los casos.

Descripción de los casos

En este apartado se presentan las principales características de los casos, que contiene cada caso:

Identificación del caso. Menninger lo caracteriza por nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, residencia, fuente de referencia, fecha de admisión, descripción del paciente (Citado en Díaz, 2011).

Padecimiento actual. Desde el momento en que aparecieron los primeros síntomas actuales, especificando la tipología, duración e intensidad de los mismos y cómo han evolucionado con el paso del tiempo, si cursaron con mejoría espontánea. Asimismo debe indagarse sobre la personalidad previa a la aparición de la enfermedad, de qué forma se han visto afectadas sus actividades cotidianas y sus relaciones personales. En el caso de que hubiera episodios anteriores, evaluar si fueron o no similares al actual. Deben registrarse también sus hábitos en cuanto a consumo de café, alcohol, tabaco, y otras drogas.

Historia personal. Comprende los incidentes significativos en la vida del paciente, que han constituido retos, estímulos y obstáculos durante las distintas épocas de su desarrollo. No pretende la exploración exhaustiva de la vida del sujeto, sino la recolección de los acontecimientos que hayan influido en forma significativa sobre el desarrollo y que pudieran servir para comprender la sintomatología actual y los patrones característicos de conducta del sujeto, responsable de su buena o mala adaptación (Díaz, 2011).

Historia familiar. Debe incluir el entorno socio-económico y cultural en el que se desarrollo, las características de los padres, hermanos y otros parientes significativos, el manejo familiar de los afectos y actitudes hacia el trabajo, sexo, enfermedad, religión, educación, ambición, dinero, situación económica y social significativos. Este rubro se encuentra entrelazad con la historia personal (Díaz, 2011).

Estado mental. Se incluye toda la serie de datos obtenidos, durante el curso de la entrevista, susceptibles de dar cuenta del estado de los diversos procesos parciales del funcionamiento psicológico del entrevistado. Como señala Menninger “que tan correctamente constata la realidad; que tan apropiadas son sus respuestas emocionales; que tan efectivamente organiza sus actos para alcanzar una meta determinada, nos proporciona un cuadro coherente de su funcionamiento psicológico” (Citado en Díaz, 2011).

Descripción de la intervención

En este apartado se describen las fases del modelo de intervención realizadas en cada caso, así como las metas del tratamiento, el diagnóstico estructural, las principales técnicas y resultados obtenidos durante cada una de las fases. Es importante mencionar que en todos los casos se aplicaron las pruebas de HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 2005), Escala de evaluación del funcionamiento familiar (Zetune, 2006) y Escala de evaluación de la actividad global (DSM-IV, 1994), al principio (fase 1) y al final de la intervención (fase 2). Los resultados del análisis Pre y Post de las pruebas, así como la evaluación general de la intervención, se muestran los resultados de las pruebas y el análisis de la intervención.

Caso A.

Identificación del caso. Es un hombre de 39 años, ganadero, casado desde hace 12 años, con su esposa de 35. Originario de una localidad suburbana situada en un municipio de San Luis potosí. Llega a consultorio de urgencias el 16 de Mayo del 2012 con motivo de conductas violentas hacia su cónyuge a la que agrede física y verbalmente, debido a que él creía que la engañaba con otro hombre. El diagnóstico propuesto por el servicio de psiquiatría fue Trastorno Depresivo Mayor, episodio moderado, así como probable trastorno de ideas delirantes celotípicas, presentando ideas de tristeza, desesperanza, sin planeación suicida con juicios pobres apegados a la realidad. Los datos del presente caso iniciaron con la consulta de psiquiatría, al mismo tiempo con 12 sesiones de terapia familiar, con A. y su esposa.

Padecimiento actual. A la edad de 10 años, estando en primaria empieza con sensaciones de enojo y coraje hacia sus compañeros de clase, insultándolos o aventándoles cosas. A esta misma edad muere su padre en un accidente de carretera refiriendo un evento en el que lo llamaron “huérfano” lo que le provocaba tristeza y enojo. Abandonó sus estudios estando en primero de secundaria, momento en que empieza a trabajar en una granja matando pollos. Se casó con a la edad de 27 años, refiriendo problemas de mala comunicación entre ellos debido a que cuando hay enojos él la golpea y la ofende. Los celos empezaron hace dos años agravándose cuando los dos trabajaron juntos en una gasolinera él la vio platicar con uno de los compañeros de trabajo, pensando que le era infiel con él, la golpeó delante de sus compañeros, lo que provocó ser despedido de ese empleo y desde el cual no ha conseguido otro, sólo se dedica a cuidar el ganado de su madre, y por tal motivo los hermanos de él, que están en el extranjero le mandan dinero para su manutención.

Historia personal. Desde la infancia es descrito como poco serio, poco sociable, selectivo con sus amistades, debido a su poca confianza en las relaciones sociales. Abandonó sus estudios

estando en primero de secundaria, momento en que empieza a trabajar en una granja matando pollos. Dejó de estudiar hasta primero de secundaria empezando a trabajar a la edad de 13 años debido a carencias económicas en su familia. Inicio con consumo de alcohol, a los 21 años y con tabaquismo a la edad de 29. Se encuentra desempleado desde hace dos años, tiempo en el cual sus hermanos que trabajan en el extranjero le mandan para su manutención, ya que el trabajo de ganadero no le alcanza para subsistir.

Historia familiar. Proviene de una familia con nivel socioeconómico medio-bajo. Ocupa el segundo lugar de 5 hermanos. Su padre, quien murió hace 30 años era jornalero y su madre quien cuenta con 64 años es ama de casa. Su padre murió cuando él tenía 9 años, con dificultades para aceptar la muerte; la relación con su padre fue buena pero su muerte le afectó en su infancia. Con su madre tiene una relación muy estrecha pese a que A, desde pequeño ha sido muy enojón, se peleaba con los compañeros de clase y ella no sabía cómo ponerle límites, al tiempo que ella refiere no haber estado el tiempo suficiente con sus hijos, debido a que tuvo que trabajar por cuestiones económicas. Conoció a su actual pareja desde hace 13 años, en el cual duraron un año de novios y después tres en unión libre. Su relación con su esposa ha sido disfuncional desde hace cuatro años aproximadamente cuando hubo un malentendido debido que los dos trabajaban en una gasolinera y él creyó que por que ella hablaba con un compañero de trabajo lo engañaba con él, por tal motivo la golpeó en el lugar de trabajo siendo despedido en ese instante. Han tenido tres separaciones a lo largo de su matrimonio, cuando ella lo corre de la casa pero el después de unos días regresa de nuevo a vivir con ella.

Estado mental. Es un hombre de mediana estatura, aparente más edad a la cronológica, regulares condiciones de aliño e higiene. Su postura corporal es rígida pero recta. Al principio del tratamiento demuestra sus ideas de celos con respecto a su pareja de lo que comenta: “los hombres entran a la casa y no me doy cuenta”, “oigo que chiflan en la calle, la buscan a ella”. A

lo largo de las entrevistas se muestra consciente, orientado en espacio, lugar y persona, a la vez ansioso, cooperador, su comprensión es regular ante las indicaciones de las entrevistas, lenguaje y volumen medios, discurso coherente, pensamiento concreto, afecto en su mayoría displacentero.

Descripción de la intervención.

Fase 1: Diagnóstico individual y estructural.

Descripción de la conducta violenta. Empezó con irritabilidad y descontrol de impulsos cuando tenía 9 años, manifestándose por peleas y ofensas hacia sus compañeros de clase quienes le agarraban sus cosas y provocaban gran enojo. Violentaba con gritos y maldiciones a sus hermanas y su madre. Hace 10 años, tuvo un enfrentamiento a golpes con una persona en la que sufrió de heridas en la cabeza por lo que fue intervenido con fractura de cráneo. Su conducta violenta se intensificó hace 4 años, debido a su inestabilidad afectiva y emocional debido a los celos que mantiene hacia su pareja lo que provoca golpear y maldecir, debido a que piensa que ella lo engaña con otro. En algunas ocasiones la deja con heridas en la cabeza y en los brazos. Durante el embarazo de ella, A se volvió más violento porque pensaba que la hija no era de él y también la violentaba en dicho estado. En ocasiones llega a patear la puerta, romper vidrios, aventar objetos. Posterior a la conducta violenta hacia su esposa se va de la casa a vivir con su madre, hasta que deje de sentir los impulsos violentos para regresar de nuevo con su esposa. En la escala de violencia obtuvo un riesgo moderado de padecer conductas violentas.

Diagnóstico estructural. (Véase pág. 101)

Fase 2: Intervención modelo estructural.

Metas del tratamiento.

- Poner límites claros entre holón parental para dejar de hacer intromisión entre A y su relación conyugal.

- Desarrollar una comunicación funcional entre A y su esposa.
- Establecer límites flexibles entre el subsistema conyugal de manera que A permita que su esposa conviva más con otros subsistemas
- Desplazar el foco de atención de la conducta de A hacia la familia, cuidando siempre la seguridad física y emocional de todos los miembros.
- Reencuadramiento de los pensamientos de supuesto engaño, de su esposa, para disminución de impulsividad en A.

Principales técnicas y estrategias.

- Reencuadramiento paradójico: Se buscaron respuestas afectivas a la dinámica conyugal en la que A buscara diferentes maneras de manifestar su agresión sin lastimar a su esposa.
- Desequilibramiento: Se le pidió a la mamá de A, que cuando su hijo tuviera problemas con su esposa, ella no estuviera ahí para resolver dicha situación.
- Fijación de fronteras: Se les pide a los cónyuges que salgan ellos solos, sin sus familias ni su hija, de manera que empiecen a delimitar su relación, al tiempo que incrementen el contacto funcional y afectivo.

Fase 3: Post-evaluación. Se hizo el cierre de la intervención, en la cual A y su esposa notaron cambios favorables en su dinámica de pareja, ya no había golpes, eventualmente una discusión por problemas económicos pero no llegaban a agredirse verbalmente. Se les hizo el reencuadre del síntoma de A, por lo que llegaron a consulta y se les informó que en cuanto pudieran aparecer nuevamente las conductas disfuncionales, podrían acudir al servicio de psicología, así como se le prescribió al paciente, continuar con el tratamiento farmacológico llevado a cabo en el servicio de psiquiatría de la misma institución.

Caso B.

Identificación del caso. Hombre de 29 años, obrero, casado con su esposa de 29 desde hace dos, en unión libre desde hace ocho. Es originario del estado de San Luis Potosí. Llega a consultorio de urgencias el 14 de julio del 2012, con motivo de agresiones hacia su hermano debido a problemas familiares, y de dependencia al alcohol, junto a un historial de conductas violentas hacia su cónyuge. El diagnóstico propuesto por el servicio de psiquiatría fue trastorno depresivo mayor episodio moderado y consumo de alcohol, patrón de abuso, presentando tristeza, ansiedad y arrepentimiento por el evento sucedido con su hermano. La información sobre el caso proviene de las sesiones de psiquiatría alternadas con 15 sesiones de nuestra intervención con B y su esposa.

Padecimiento actual. Inició con problemas para manejar su conducta violenta al convivir como pareja con quien hoy es su esposa, a quien golpeaba hasta dejarla gravemente lesionada debido a comunicación disfuncional que terminaba con discusiones y conducta verbal ofensiva entre ambos, a lo largo de su convivencia su esposa ha llegado hasta demandarlo por esta dinámica de violencia. Una semana antes de llegar al consultorio de urgencias de la clínica, consumió alcohol hasta llegar a estado de embriaguez tras una discusión con su esposa, lo cual le provocó irritabilidad y enojo. En dicho evento al ser reprendido por su madre cuestionando su conducta, B responde con descontrol de impulsos al amenazar con lesionarse con un cuchillo delante de su madre, esposa y hermano, éste último al tratar de que no se lesionara interviene siendo lesionado de una mano por tal motivo, a lo que B, inicia con culpa intensa, tristeza e ira por lo que solicita la valoración.

Historia personal. Desde su infancia ha sido poco sociable, no participaba en juegos de grupo, con regular desempeño en el desarrollo académico, reprobó el quinto año de primaria. En su adolescencia obtiene un mejor desempeño escolar, empieza a tener más amistades y sus

noviazgos son de poca duración. Empezó a consumir alcohol y tabaco desde los 16 años. Dejó de estudiar después de terminar la secundaria, y posteriormente inicia su vida laboral a los 17 años al emigrar a los Estados Unidos con buen desempeño, y donde sufrió un accidente al caerle una viga sobre la cabeza, provocándole un traumatismo encefálico, por lo que decide regresar a su ciudad de origen.

Historia familiar. Proviene de una familia con nivel socioeconómico medio-bajo. Ocupa el tercer lugar de 4 hermanos. Su padre es carpintero y su madre es obrera. Sus padres se divorciaron hace 20 años debido a violencia intrafamiliar y a que su padre fue alcohólico, por lo que la relación con él es distante debido a que cuando se divorciaron, B quedó a cargo de su abuela materna, debido a que perdió contacto con su padre y su madre trabajaba todo el día. La relación con su padre fue hostil en su infancia, ya que veía como agredía a su madre física y verbalmente y a B y a sus hermanos los maltrataba emocionalmente, no dándoles para su manutención, prefiriendo quemar el dinero en la estufa. Con su madre la relación es estrecha, así como con sus hermanos aunque más distante. Actualmente no se habla con su hermano debido al conflicto que tuvieron y B se encuentra arrepentido por haberlo agredido estando bajo los efectos del alcohol. A su esposa la conoció hace 8 años y decidieron vivir inmediatamente en unión libre, y hace dos años que se casaron, desde que se conocieron B ha sido violento con ella, ya que desde que eran novios en una ocasión, él le dio una cachetada, anteriormente la agredía cuando consumía alcohol y últimamente sin tomarlo también. A lo largo de su relación ella ha llegado a demandarlo, ya que él llegaba a patearla y maldecirla, pero después lo perdonaba y volvían a estar juntos. La familia de B se metía mucho en su relación hasta llegar a ofender a su esposa debido a que no querían que él estuviera con ella porque ella tenía ya un hijo de su anterior pareja, a lo que ella pensaba que B no quería a su hijo mayor por ser hijo de su ex pareja.

Estado mental. Hombre con edad aparente a la cronológica, consciente, ansioso por momentos, orientado en persona, lugar y tiempo, nula conciencia de enfermedad, lenguaje coherente, metas pobres y juicios distorsionados, ideas depresivas, cálculo normal, memoria reciente conservada, motricidad normal sin alteraciones.

Descripción de la intervención.

Fase 1: Diagnóstico individual y estructural.

Descripción de la conducta violenta. Durante su infancia nunca fue agresivo, por el contrario era pasivo, poco sociable y distante en cuanto a relaciones sociales, empezó a ser violento hace 8 años cuando conoce a su actual pareja, en quien agredía con cachetadas, patadas, maldiciones ya que se molesta con ella sin justificación alguna, debido a que él cree que ella se muestra más como autoridad que él en relación a la dinámica familiar. Obtuvo un riesgo moderado de padecer conductas violentas

Diagnóstico estructural. (Véase pág. 103).

Fase 2. Intervención, modelo estructural.

Metas del tratamiento.

- Jerarquía parental, de manera que B y su esposa compartan la autoridad, y sea reconocida por sus hijos y B se sienta parte del sub sistema.
- Reencuadrar la conducta de B, ya que no solo él es violento con su esposa, sino también su esposa con él.
- Formar alianzas entre subsistema conyugal
- Marcar límites claros entre B y su subsistema parental.

Principales técnicas y estrategias

- Jerarquización: Se hizo una alianza con B de manera que se insertará como autoridad, junto a su esposa, y le diera el papel que a él también le corresponde.
- Redefinición del problema queja: de manera que se desvió el foco de atención de la conducta de B a las respuestas de su esposa a dicha interacción, dándose cuenta que ambos se tratan de manera hostil.
- Reestructuración familiar: se dio la pauta para que cada quien se hiciera responsable de su papel en la familia, pidiéndoles que sólo entre los dos se pondrían de acuerdo para tomar las decisiones sobre su vida y la de sus hijos.

Fase 3: Post evaluación. Se hizo el cierre de la intervención con B y su esposa, en quienes mostraron mayor alianza en su vínculo como pareja, así como relatando que ya eran más cariñosos el uno con el otro, ahora mostraban mayor sentido del humor entre ambos y sus acontecimientos diarios. Se les prescribió continuar con algunas sesiones de seguimiento sólo para corroborar que los cambios fueran prolongados, así como a B continuar con su tratamiento farmacológico actual.

Caso C.

Identificación del caso. Mujer de 25 años, dedicada a negocio propio de óptica, casada desde hace 5 años, originaria de San Luis Potosí, con el mismo lugar de residencia. Llega a consultorio de urgencias el 13 de septiembre del 2012, debido a que tuvo una alucinación en la que creyó que su esposo le quería hacer daño, al tiempo que refiere haber visto a un hombre convertirse en demonio, esto antecedido que hace tres meses le dieron el diagnóstico de menopausia prematura, por lo que no podía tener hijos. Es diagnosticada por el servicio de psiquiatría con trastornos esquizoafectivo fase mixta. La información del caso proviene de sesiones de psiquiatría junto a un total de 15 sesiones de intervención con C y su esposo.

Padecimiento actual. Inicia con sintomatología depresiva desde hace tres años, tiempo en el que sufrió un aborto debido a que tenía un ciclo menstrual irregular desde los 18 años, por lo que sus síntomas se agravaron dos meses antes de llegar a la clínica, tiempo en el cual le diagnostican menopausia prematura y por consecuencia no podrá tener hijos, menciona que sintió que “se volvía loca”, con errores de juicio y poca tolerancia a la frustración. Previo al internamiento tuvo una alucinación provocada por un evento en el cual ella fue a casa del novio de una amiga, de la que creía quería andar con el esposo de C, por lo que le contó al novio de ésta amiga y fue ahí cuando creyó debido a la alucinación que éste se convertía en demonio, asimismo las ideas de daño le provocaron creer que su esposo la quería matar. Este hecho le provocó un deterioro global debido a que consecuencia de esto se desnudó en su casa, rompió cosas, y confundió a sus familiares con otras personas. Reporta haber sido víctima del bullying durante su infancia, por lo que tuvo problemas para socializar; así como también veía como su padre golpeaba a su madre desde los 6 años de edad.

Historia personal. De niña fue muy poco sociable, lo que provocó la agresión de sus compañeros de la escuela, con buen aprovechamiento académico. Inicia su vida laboral a los 11 años, de empacadora en un centro comercial. A los 12 años tuvo un intento de suicidio.

Hace tres años que tuvo un aborto Hace tres meses le diagnosticaron menopausia precoz y debido a esto no podrá tener hijos propios, lo que le causó intensos sentimientos de tristeza y desesperanza, con dificultades para aceptar esta situación.

Historia familiar. Proviene de una familia de nivel socio económico medio, ocupa el tercer lugar de dos hermanas. Su padre es técnico de salud visual y su madre es optometrista, ellos se divorciaron hace seis años debido a violencia intrafamiliar de su padre desde que se casaron. Su padre volvió a tener otra pareja con quien vive en unión libre y con quien tiene un

hijo de cuatro años. La relación con su padre es distante, no se hablan desde hace cinco años, debido a que su papa quiere vender el lugar donde C tiene su óptica y trabaja.

Conoció a su actual pareja hace seis años, duraron de noviazgo un año y luego se casaron. Su relación que llevan es sobre involucrada, dependen mucho uno del otro para todo, y eso ha provocado situaciones muy tensas en su relación como el evento de alucinación de C. Las madres de ambos suelen entrometerse mucho en la relación, opinando sobre lo que debe hacer cada quien con su cónyuge.

Estado mental. Mujer con edad aparente a la cronológica, al momento del internamiento se muestra, poco cooperadora, con ideas delirantes místico-religiosas, con soliloquios, juicios distorsionados, pensó que su esposo la quería matar; junto a agresividad verbal al personal de psiquiatría de urgencias. En el momento de la psicoterapia, se muestra íntegra, bien orientada, cooperadora, sin ideas delirantes o alucinaciones, motivada por las entrevistas, aporta datos de su internamiento de manera acertada y consciente.

Descripción de la intervención.

Fase 1: Diagnóstico individual y estructural.

Descripción de la conducta violenta. De niña no era impulsiva ni violenta, más bien era muy retraída en su entorno social, con ideas de tristeza debido a la dinámica de violencia intrafamiliar, llegando al intento de suicidio a la edad de 12 años, debido a su impulsividad al no manejar las emociones que le provocaba su contexto familiar. Cuando se casó hace cinco años, empezó a ser violenta verbalmente con su esposo, debido a que le frustraba que el fuera muy desordenado y eso a ella la pone “muy mal”. Cuando C le grita a su esposo, éste le responde de la misma manera, ella ha llegado a dar de “pellizcos” y “jalneos” a su esposo cuando tienen alguna discusión por trabajo o por el desorden de él. Obtuvo riesgo moderado de padecer conductas violentas en la escala de violencia.

Diagnóstico estructural. (Véase pág. 105).

Fase 2. Intervención, modelo estructural

Metas del tratamiento.

- Mejorar la dinámica de la relación entre C y su esposo, ya que es fusionada pero al mismo tiempo llega a ser violenta.
- Marcar límites claros entre holón conyugal y el parental, ya que en el caso de ambos, sus familias parentales se entrometen mucho en su vida de pareja.
- Reencuadrar la relación de C con su padre, de manera que pueda manejar el conflicto que mantiene con él desde hace tiempo.

Principales técnicas y estrategias

- Exposición del genograma a C y su esposo para que se dieran cuenta de que la relación entre ambos llega a ser hostil, debido a que ninguno de los dos mantiene límites claros en su subsistema parental
- Fijación de fronteras: Se les pidió a cada uno que no dejarán que ninguno de sus familiares tomara decisiones de lo que hacer en su situación de pareja, de manera que la relación mejoró debido a que el sistema no se sentía presionado por demandas familiares.
- Construcciones cognitivas: Se reencuadró a C la relación con su padre, de manera que no confunda el tipo de relación entre sus padres de violencia con el de ella y su pareja.

Fase 3: Post evaluación. Se hizo el cierre de intervención con C y su esposo, quienes manifestaban sentirse en óptimas condiciones emocionales, las cuales representaron al estar inmersos en actividades laborales y que involucraban el ocio. C ya no mostró acontecimientos alucinatorios, ni ideas paranoicas, así como una mejor relación con su padre, el que anteriormente no veía por conflictos del pasado. Se mostraba renuente a tomar el medicamento a lo cual se le

prescribió que cualquier decisión tomada en cuanto a la ingesta del medicamento fuera revisada por su médico psiquiatra de la institución.

Caso D.

Identificación del caso. Hombre de 62 años, con estudios inacabados hasta secundaria, labora actualmente en su taller de herrería, en unión libre desde hace seis años con su actual pareja. Originario de un municipio de San Luis Potosí. Llega a consultorio de urgencias el 24 de septiembre del 2012, debido a los efectos de su conducta violenta e impulsiva que ha estado presente desde su infancia y que ahora le ha provocado una serie de sintomatología la cual ya no puede controlar. Es diagnosticado por el servicio de psiquiatría con trastorno depresivo recurrente, episodio moderado. Llega a consulta con ansiedad, irritabilidad, y malestar emocional. La información de las sesiones proviene de sesiones en psiquiatría, y de 14 sesiones de intervención junto a su pareja.

Padecimiento actual. Inicio con impulsividad desde que tenía 8 años antecedendo la muerte de su padre, lo que le provocó excesiva irritación hacia sus familiares cercanos debido a la falta de apoyo hacia sus hermanos y su madre por falta de recursos económicos que por consecuencia le provocaba sentimientos de abandono por parte de su madre quien tenía que trabajar la mayor parte del día, quedando al cuidado de sus hermanos.

Inicia su sintomatología hace diez años aproximadamente posterior a haber cometido un asesinato y haber estado en la cárcel por un año, con sentimientos de tristeza, perdiendo poco a poco la motivación para el trabajo, mostrándose más impulsivo de lo que antes era, ansiedad e insomnio, exacerbándose desde hace 6 años posterior a la separación con su ex esposa, con quien también presentaba conductas de violencia física y verbal. Después de la separación se fue, se fue a un municipio de la ciudad, donde reinició su vida sentimental por lo que disminuyeron algunos de los síntomas.

Desde hace 4 meses a la fecha de su llegada a urgencias, se muestra distraído, mas ansioso de lo normal, con muy poca tolerancia a la frustración, fallas de memoria(principalmente de nombre y fechas), con insomnio, impulsivo, triste y con llanto contenido al relatar su motivo de consulta. Además de una disminución del apetito sexual y una marcada pérdida del interés por actividades laborales y de ocio. Lo anterior se refleja por una excesiva preocupación por su estado actual.

Historia personal. Su padre murió cuando él tenía ocho años a causa de cirrosis lo que le provocó excesiva irritación hacia sus familiares cercanos debido a la falta de apoyo hacia sus hermanos y su madre por falta de recursos económicos que por consecuencia le provocaba sentimientos de abandono.

Tuvo un mal aprovechamiento escolar en la primaria, aprendió a leer a los nueve años y reprobó sexto año. Empezó con el consumo de alcohol y tabaco desde su adolescencia hasta la edad adulta, lo que le provocaba ser mas impulsivo, ya que relata varias peleas con amigos, se ponía muy agresivo, incluso en alguna ocasión relata que navajó a uno de ellos por intentar aventarlo, estando bajo los efectos del alcohol. Inicia vida laboral desde los 15 años como chofer y posteriormente se dedica a la herrería siendo ese su oficio desde entonces.

Hace 17 años que mató a un hombre debido a que ese hombre fue a apedrear su casa debido a conflictos que mantenía con D desde tiempo atrás. Al ver que quería dañarlo a él y su familia se fue tras éste hombre y le pegó en la cabeza hasta dejarlo sin vida. Este hecho provocó que huyera de la justicia por algún tiempo hasta que se entregó por voluntad propia y por medio de abogados, logró salir al año de haber permanecido en la cárcel.

Historia familiar. Proviene de una familia con nivel socioeconómico medio-bajo, ocupa el cuarto lugar de seis hermanos, su padre murió cuando él tenía 8 años a causa de cirrosis etílica. Debido al deceso, quedó a cargo de su madre, quien por problemas económicos tuvo que trabajar

y dejar a sus hijos al cuidado de ellos mismos, ya que no hubo apoyo de la familia cercana de ella, ni de su padre.

La dinámica familiar fue vivida violentamente de parte de su padre hacia su madre, en especial cuando éste se encontraba en estado de ebriedad, situación que era muy frecuente, además de estilos de crianza rígida y hostil hacia él y sus hermanos cuando desobedecían a las reglas. Murieron dos de sus hermanos, debido también a cirrosis por abuso de alcohol, hace aproximadamente 15 y 10 años, evento que refiere lo hizo dejar el alcohol definitivamente.

Se casó a la edad de 24 años con quien fuera su pareja por 32, y quien dejará de serlo hace seis años. Tuvo cinco hijos a lo largo de su matrimonio, tres mujeres y dos hombres. Su relación fue muy conflictiva debido a que los dos en su relación tendían a ser muy agresivos tanto física como verbalmente, asimismo ella llegó a ser violenta con sus hijos, a uno de ellos en una ocasión le “encajó” un cuchillo debido a que la desobedeció.

Actualmente sus hijas no le dirigen la palabra ya que al momento de separarse de su ex pareja, ella no estuvo de acuerdo echándole la culpa a él de la separación. Este evento le ha provocado sentimientos de tristeza, ya que sólo sus hijos varones son quien mantiene contacto con él. Actualmente vive en unión libre con una de sus ex novias con quien fue novio un año antes de que él se casara y quien al momento de casarse no la volvió a ver hasta 33 años después, hasta que ella lo buscó después de divorciarse casi al mismo tiempo que D. Al momento de reencontrarse volvieron a tener una relación de pareja y actualmente viven juntos desde hace 6 años.

Examen mental. Hombre con edad similar a la cronológica, alerta, parcialmente orientado en tiempo, atención central, regular comprensión, discurso espontáneo, coherente, detallado, sin ideas delirantes, con ideas de tristeza, con fallas en memoria de trabajo y de cálculo. Sin ideas de muerte, ni suicidas. Animo lo describe “mal”, con llanto contenido.

Descripción de la intervención.

Fase 1: Diagnóstico individual y estructural.

Descripción de la conducta violenta. Empezó a ser violento desde que tenía ocho años, momento que coincide con la muerte de su padre y el abandono emocional de su madre debido a la situación económica de ese entonces. Posteriormente empezó con el consumo de alcohol, lo que le provocaba un descontrol de impulsos y llegaba a tener pelus con algunos conocidos, incluso en una ocasión agredió a uno de ellos con una navaja. A su ex esposa la pateaba, le aventaba cosas, la maldecía la cacheteaba, debido a que su comunicación y su relación era excesivamente disfuncional, ella también era muy violenta con él, ninguno de los dos cedía en cuanto a las agresiones físicas y verbales. Hace 17 años, mató a un hombre con una pistola, debido a que éste fue a apedrear su casa cuando D estaba con su esposa e hijos, a lo que D corrió por su pistola y fue tras de él hasta alcanzarlo y matarlo. Este hecho lo llevó a huir de la justicia por 10 años, hasta que lo encontraron y con ayuda de abogados salió en tres meses de la cárcel.

Cuando D percibe los eventos como frustrantes es cuando puede desatar su ira hacia cualquier persona, por ejemplo si alguien le tapa el paso cuando va manejando, éste se enfurece a tal grado de intentar pasar sin importar el daño que pueda causar a los demás.

Ha tenido discusiones con miembros de la familia quienes no respetan su privacidad lo que desataba diferencias en las que a él lo llegaban a agredir siendo conteniendo más su agresión al no responder con golpes en su contexto familiar. Obtuvo un riesgo alto de padecer conductas violentas en la escala de violencia.

Diagnóstico estructural. (Véase pág. 107).

Fase 2. Intervención, modelo estructural.

Metas del tratamiento.

- Reencuadrar la conducta violenta en cuanto a los eventos de su infancia que tienen que ver con la dinámica familiar vivida en su infancia.
- Límites fronteras más flexibles en cuanto a la dinámica de pareja, que D permita a su pareja tener más contacto con otros subsistemas sin que esto le provoque celos o ser violento.
- Marcar límites claros entre D y sus hermanos, ya que ellos siempre están opinando sobre su conducta y le dicen lo que tiene que hacer anulando el malestar emocional de D.

Principales técnicas y estrategias

- Coparticipación: Se hizo la contención con D debido a que se presenta con problemáticas desde su infancia, para después empezar a cuestionar esa conducta y relacionarla con su infancia y las malas experiencias de vida que ha tenido.
- Modificación de secuencias disfuncionales: Se le hace ver a D que él ha estado por el que está pasando se debe a relaciones disfuncionales que se enseñó a tener desde su infancia, por lo que el cambio está motivado por deshacer estas pautas de relación, que lleva con su ex esposa y sus hijas.
- Reestructuración familiar: Se quita la idea de que mantener límites rígidos va a mantener a la familia unida, lo cual provoca lo contrario en el caso de los celos de D, ya que ella puede dejarlo si él sigue en esta idea de mantenerla alejada de los demás.

Fase 3: Post evaluación. Se hizo el cierre de la intervención con D y su esposa, los cuales aseguraron una relación de pareja más funcional, que les provocaba un mejor estado de ánimo. D ya no se sentía impulsivo pese a los eventos que antes le causaban alto grado de frustración y

enojo, como el hecho de que sus hijas u otra persona lo agrediera o le hiciera algo que atentara contra su estabilidad emocional Refiere sentirse mejor, con mayor energía, con más motivación para el trabajo y su relación de pareja. Actualmente sigue asistiendo a consulta de psiquiatría y sigue tomando su medicamento inicial.

Caso E.

Identificación del caso. Mujer de 39 años, se encarga de la administración de un hotel, casada desde hace 21; originaria de San Luis Potosí, donde actualmente reside. E, llega a consultorio de paidopsiquiatría en febrero del 2013, a quien refiere a su hijo de 11 años, quien presentaba rendimiento intelectual limítrofe así como conducta hiperactiva de predominio inatento en su escuela, y quien fue diagnosticado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En este caso la psiquiatra quien lo atiende refiere a E para psicoterapia debido a conductas impulsivas hacia hijos y esposo. La información del caso proviene de las 14 sesiones de intervención psicológica con E y su familia.

Padecimiento actual. Inició cuando nació su primera hija, siendo más impulsiva debido a que se les complicaba mucho la situación económica, le gritaba a su esposo le aventaba cosas porque él no traía dinero, no llegaba a casa, tomaba alcohol de manera excesiva y no la apoyaba emocionalmente. Se intensificó su conducta agresiva ahora hacia su hijo quien fuera diagnosticado con TDAH hace dos años, debido a que cree que no puede ayudarlo y hasta ese momento no veía mejorías con él y que su esposo tampoco la apoyaba en dicha situación. Se han venido presentando problemas en la dinámica de la familiar por lo que E, cada vez es más agresiva física y verbalmente con su esposo y su hijo.

Historia personal. En cuanto al desarrollo escolar, tuvo buen aprovechamiento, pero de fácil distracción desde su niñez, terminó la preparatoria abierta hace dos años, y no pudo seguir estudiando una carrera debido a la situación de su hijo menor, que se ha vuelto de difícil manejo

para ella y su esposo. Inicia vida laboral a los 15 años, atendiendo una papelería, actualmente se dedica a la administración de un hotel desde hace dos años.

Historia familiar. Proviene de una familia con nivel socio-económico medio, ocupa el sexto lugar de siete hermanos, su padre es jubilado y su madre ama de casa, ellos se llevan una buena relación pese a que su padre anteriormente alcoholístico y llegaba a ser violento con sus hijos, incluida E. La relación con su padre es buena pese a lo anterior, con su madre es más lejana pero muy cordial. Se casó a los 18 años, con su actual pareja en quien en un principio la relación era más disfuncional que hasta ahora, debido a que él era alcoholístico y por tal motivo era muy distante con ella y no se hacía cargo de sus hijos, por lo que E tuvo que trabajar para mantenerlos. Su esposo también era muy celoso con ella, inclusive llegaba a amenazarla para que dejará sus trabajos que implicarán estar en contacto con más personas o si no él se separaría de ella. En una ocasión así paso y el decidió irse a vivir a otro lado, por lo que E dejo su trabajo y le pidió que regresara de nuevo con ella. La relación con sus hermanas llega a ser en fusionada debido a la necesidad de ellas tanto económica como emocional y al apego de F hacia ellas, a tal grado que es quien les consigue trabajo y si no tienen F las mantiene, esto genera problemas en su dinámica conyugal. La relación con sus hijos, es conflictiva, sobre todo con su hijo menor y su hija mayor, ésta última se va de la casa a vivir con sus abuelos maternos, ya que no respeta las reglas que F y su esposo le imponen, ha consumido drogas y los límites con ella no están claros. Con su hijo menor F llega a ser violenta, debido a que no la obedece y su esposo no la ayuda con la situación de su difícil manejo escolar y de comportamiento del niño.

Examen mental. Orientada en tiempo, lugar y persona, con adecuado aliño personal, con aparentes alteraciones en la memoria reciente ya que olvida donde se encuentran los lugares o lo que tiene que hacer de un día a otro. Con actitud cooperadora a lo largo de las sesiones, regular

comprensión y sin alteraciones en su concentración. Es consciente de su conducta agresiva hacia su esposo y su hijo menor.

Descripción de la intervención.

Fase 1: Diagnóstico individual y estructural.

Descripción de la conducta violenta. Cuando se casó, empezó con conductas violentas hacia su esposo, por conflictos entre ellos de situación económica y al alcoholismo de él, su conducta se manifiesta con insultos, le aventaba objetos, lo insultaba y le gritaba, él no reaccionaba a estos impulsos, simplemente la ignoraba. Al parecer su esposo empezó a cambiar y ya no tomaba, por lo que E empezó a ser menos agresiva con él. Hace dos años su hijo empezó a tener problemas de conducta y académicos, por lo que E volvió a ser violenta ahora con éste hijo, llegando a pegarle, dándole manotazos o jalándole el cabello, al tiempo de gritarle también. Con sus otras dos hijas llega a gritarles si causarles daño físico. Obtuvo un riesgo moderado de padecer conductas violentas en la escala de violencia.

Diagnóstico estructural. (Véase pág. 109).

Fase 2. Intervención, modelo estructural.

Metas del tratamiento.

- Establecer una alianza conyugal, de E y su esposo, de manera que ambos compartan la autoridad reconocida con sus hijos pero no ejercida por el padre.
- Que E, imponga límites claros entre su subsistema filial, ya que ella al hacerse cargo de sus hermanos, en su papel de madre y esposa.
- Que E, deje de ver a su hijo, como el problema de la dinámica familiar, y se centre en restablecer la relación conyugal.

Principales técnicas y estrategias.

- Complementariedad: Se cuestiono sobre la conducta de E, al estar al pendiente de todos, sin estar en alianza con su esposo, quien estaba la mayor parte del tiempo en el trabajo y no se hacía cargo de sus hijos.
- Jerarquización: Se hace una alianza con el esposo de E, en la cual se prosiguió a citarlo durante varias sesiones para ponerlo en el lugar de autoridad compartida, y se le cuestionó sobre las conductas de su esposa e hijos, en relación a su falta de posicionamiento jerárquico.
- Redefinición del síntoma: Quedó expuesta la conducta de E y de su hijo, alrededor de las demás pautas familiares, incluida la hija mayor, en relación a la dinámica familiar conyugal.

Fase 3: Post evaluación. Se realizo el cierre de intervención con F y su familia, debido a que éstos habían colaborado en algunas sesiones junto con la paciente. Ahora su familia se observa menos tensa, ellos decían sentirse más unidos como familia. Su hija mayor había regresado a vivir con ellos, y esto les provocaba sentirse menos preocupados por su conducta. Se les hizo el reencuadre de la conducta de F de acuerdo a la manera de ser de cada uno con la familia y se mostraron receptivos y atentos a toda la información establecida. Se les prescribió a los padres seguir en esa unión conyugal por el bien de la pareja y de los hijos.

Caso F.

Identificación del caso. Mujer de 32 años, obrera; casada desde hace 12; originaria de Oaxaca y actualmente reside en San Luis Potosí. Llega a consultorio de paidopsiquiatria el 12 de Julio del 2012, a llevar a su hijo de 10 años, quien presentaba irritabilidad, impulsividad, ansiedad y carencia de peligro, el cual es diagnosticado con retraso mental grave más rasgos autistas. La psiquiatra refiera a psicoterapia a F, debido a que presentaba conductas violentas

hacia su hijo y esposo. La información de este caso proviene de 12 sesiones de intervención psicoterapéutica con F y su esposo.

Padecimiento actual. Inició con síntomas depresivos a la edad de siete años, debido a que sufrió de abuso sexual por parte de su padre, quien aparte la violentaba física y verbalmente a ella y a sus dos hermanas. Cuando su madre decidió dejarlo, se fue sola por el período de un año dejando a sus hijas a cargo del padre quien las seguía maltratando, posteriormente su madre se separa legalmente de él, y F decide casarse para salir del contexto familiar disfuncional.

Se casó hace 12 años con su esposo, al tiempo que inicia con conducta violenta hacia él agravándose hasta llegar a los golpes posterior al problema de salud con su hijo, en quien en un principio tuvo complicaciones en el parto, debido a que se les pasó la hora del parto y que los médicos le dijeron que al nacer le había faltado oxígeno, y cuando cumplió 3 años le dijeron que había ocurrido una asfixia neonatal, y que a consecuencia de esto sufre de retraso mental grave.

Historia personal. Dejó de estudiar hasta la secundaria debido a que tuvo que trabajar debido a la problemática familiar económica, siempre fue muy tímida en la escuela y no se relacionaba con sus compañeros ni maestros pese a que en la actualidad le gusta salir a fiestas y convivir con sus amigas. Su primer trabajo fue a la edad de 13 años, de empleada doméstica. A la edad de siete años su padre abusa de ella y sus hermanas, evento que le provocó sentirse culpable y avergonzado porque ella cree que pudo haber impedido que su padre abusara de sus dos hermanas. Este hecho le provocó preferir trabajar y estar fuera de casa que estar en ella. Después de enterarse de la enfermedad de su hijo, él y su esposo deciden venir a vivir a San Luis Potosí, debido a que en su ciudad natal la situación económica era muy difícil. Actualmente trabaja en una empresa de alimentos, como obrera.

Historia familiar. Proviene de una familia de nivel socio-económico bajo, ocupa el primer lugar de dos hermanas, sus padres se divorciaron hace 15 años, debido al maltrato físico

emocional y económico hacia su esposa e hijas, les pegaba con lo que tuviera la mano, machetes, sillas, objetos pesados, etc. A la edad de siete años su padre abusó de ella, así como de sus hermanas, su madre aparentemente nunca se dio cuenta, pero ésta decidió irse debido a las agresiones que sufría dejando a sus hijas con su padre alrededor de un año. F conoció a su actual esposo hace 12 años, tiempo en el que duran un año de novios y después se casan, a ella no le parece correcto que después de casarse el siguiera dependiendo de su madre para todo, ya que la dejaba sola todo el día mientras él iba con su mamá y al trabajo. Tiene dos hijos, un niño de 11 años, a quien diagnosticaron con retraso mental grave con rasgos autistas y otra niña de ocho años. La relación con su hijo, es violenta y hostil, debido a que ella ha llegado a ahorcarlo, pegarle, aventarle cosas porque el niño no la obedece, así también es agresiva con su esposo, llegando a aventarle sillas, objetos, maldecirlo y darle de manotazos a causa de que considera que él es muy pasivo y no resuelve los problemas que se presentan en su vida familiar. Actualmente viven con la hermana menor de F, y su madre, debido a la situación económica que sufre la pareja.

Examen mental. Mujer con apariencia de mayor edad a la real, orientada en tiempo, lugar y persona, con regulares condiciones de aliño e higiene, cooperadora, por momentos ansiosa y distraída, aparentemente con dificultades en su memoria a corto plazo. Con llanto manifiesto en las primeras sesiones.

Descripción de la intervención.

Fase 1: Diagnóstico individual y estructural.

Descripción de la conducta violenta. Empieza con impulsos agresivos hace seis años, debido a la dificultad con el diagnóstico que recibe de su hijo menor. Se presenta sobre todo cuando su hijo no la obedece, se comporta hiperactivo, precisamente porque él no tiene control de su conducta, pero F lo llega a golpear, aventarle cosas, ahorcarlo y en una ocasión le tapó la cara

con una almohada con la intención de que se calmara. Posterior a las agresiones se siente culpable, arrepentida con manifestaciones de llanto manifiesto. A su esposo lo violenta de manera verbal, con maldiciones, gritos, también llegando a golpearlo, aventarle cosas, darle manotazos o patadas. Obtuvo un riesgo moderado de padecer conductas violentas en la escala de violencia.

Diagnóstico estructural. (Véase pág. 111).

Fase 2. Intervención, modelo estructural.

Metas del tratamiento.

- Aumentar la comunicación entre los miembros de la pareja, de manera que ésta sea funcional y afectiva.
- Redefinir la situación de su hijo, ya que está desplazando como un problema, para ignorar los conflictos de la pareja.
- Que asigne límites en la relación parental con su madre, con quien vive actualmente.
- Reencuadre de la situación de abuso sexual ya que esto ha provocado una relación de hostilidad con su pareja.

Principales técnicas y estrategias.

- Asignación de tareas: Se pidió que la pareja saliera de la rutina familiar y empezaron a hablar entre ellos, sin la interrupción de los demás miembros.
- Redefinición del problema queja: Se hizo el enfoque de la dinámica familiar a partir de ella, quien exponía a su hijo como el responsable de que ella fuera violenta, dándose cuenta que ella se desquitaba con el niño, por lo que empezó a ser más paciente con las conductas de su hijo, derivadas de su pronóstico.

- **Modificar secuencias disfuncionales:** Se re encuadro el evento de abuso sexual poniéndolo como una trama de secuencias disfuncionales que no permite consolidar la relación de pareja en términos de funcionalidad.

Fase 3: Post evaluación. Se hizo el cierre de intervención con F y su pareja, los cuales se mostraban más tranquilos en cuanto a su dinámica de pareja, los dos manifestaron que a partir de que F disminuyó su conducta violenta los dos se acercan más el uno al otro. No hay conflictos en su relación de pareja, no discuten, cuando hay problemas se acercan a platicar sobre las posibles soluciones, existiendo una alianza más firme y sin hostilidad. Se le sugiere a F y a su esposo, ver alternativas en cuanto al problema de su hijo mayor, ya que se sienten tensos en cuanto a su futuro laboral, debido a las condiciones que le dificultan desarrollarse en el área académica. Siguen viviendo con la hermana y la madre de F, pero están seguros de que deben salirse de esa casa en cuando les empiece a ir mejor económicamente hablando.

Caso G.

Identificación del caso. Adolescente de 17 años, estudiante de preparatoria, soltero. Originario de San Luis Potosí donde actualmente reside. Llega a consultorio de paidopsiquiatría, el 15 de enero del 2007, debido a episodios de agresividad y un retraso en procesos de aprendizaje. Es diagnosticado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Es canalizado junto con su familia a psicoterapia. La información del caso proviene de 12 sesiones de intervención psicológica con G y sus padres.

Padecimiento actual. Inició con impulsividad a los 12 años, donde le diagnosticaron TDAH, junto a peleas y discusiones frecuentes con su hermana que le antecede. Así como también problemas en la escuela como distracción, capacidades cognitivas limitadas, dificultades para el aprendizaje que le provocan aislamiento, rebeldía y bajas calificaciones. A esa edad ocurre la muerte de sus abuelos en la su mama refiere que decía: “me quiero ir con ellos”. A los

12 años, presentaba conductas de irritabilidad hacia la hermana, en quien también manifestaba conductas erotizadas, ya que una vez la toco mientras ella dormía. Su familia muestra poca capacidad para poner límites por lo que G, ha llegado a insultar a sus padres tras reprimirlo por sus conductas impulsivas y sin respeto a las reglas que ellos le imponen.

Historia personal. A los ocho meses de nacido sufre de laringotraqueítis, una enfermedad caracterizada por una inflamación en la laringe y tráquea, por lo que se encontraba bajo fiebres muy altas, sin alteración aparente. No hablaba desde los tres años de edad, por lo que estuvo en tratamiento médico desde entonces. Presenta problemas en el entorno escolar a desde los 12 años, con ansiedad, aislamiento junto a berrinches y rebeldías en el hogar, sus calificaciones han oscilado entre seis y siete y reprobó el segundo año de primaria. Los compañeros de clase lo molestan debido a su rendimiento académico. Inicia vida laboral un negocio familiar una vez a la semana. Estuvo en tratamiento con neurólogo y psicólogo debido al insomnio y a las conductas previamente descritas. Los médicos lo refieren con capacidades cognitivas limitadas. Se duerme casi toda la mañana al parecer por el medicamento que le dan.

Historia familiar. Proviene de una familia de nivel socio-económico bajo, ocupa el último lugar de ocho hermanos, su padre se dedica a la albañilería y su madre es ama de casa. La relación con su padre es distante y en ocasiones hostil, debido a que G no acata las reglas que su padre le impone. Con su madre es muy dependiente, debido a la situación de su diagnóstico, lo ha sobreprotegido mucho a lo largo del tiempo. Con sus hermanos es buena excepto con la hermana mayor que le sigue, se pelea mucho con ella, aunque en ocasiones él la protege y no le gusta que tenga alguna relación de noviazgo. La familia de G es muy amalgamada, a pesar de que la mayoría de los hijos están casados la mayor parte del tiempo se la pasan en la casa de la familia parental, situación que a G le impide tener su espacio físico. La familia siempre ha sufrido de problemas económicos, y a pesar de eso los hijos que ya están casados constantemente van a

pedir dinero, situación que pone en conflicto a los padres por falta de recursos económicos. En su casa viven sus padres, su hermana menor, y un hermano que tiene una capacidad motora, junto a su esposa y sus tres hijos.

Estado mental. Adolescente con edad aparente a la cronológica, bien orientado en tiempo, lugar y persona, cooperativo, buena comprensión, coherente, juicios pobres apegados a la realidad, de fácil distracción, se muestra desesperado las primeras sesiones.

Descripción de la intervención.

Fase 1: Diagnóstico individual y estructural.

Descripción de la conducta violenta. Empezó a ser impulsivo a los 12 años, momento en el que es atendido por el servicio de psiquiatría y diagnosticado con TDAH, presentó conductas de hostilidad hacia su hermana la menor de la familia a quien insulta, en ocasiones ha llegado a contestarle de manera agresiva a su padre y a su madre. Su agresión se manifiesta aventando, cosas, rompiendo muebles, pateando electrodomésticos, esto es cuando G pierde el control debido a situaciones que le provocan frustración, como perder en su equipo de fut bol o disgustos con sus padres o hermanos. Obtuvo un riesgo moderado de padecer conductas violentas en la escala de violencia.

Diagnóstico estructural. (Véase pág. 113).

Fase 2. Intervención, modelo estructural.

Metas del tratamiento.

- Restablecimiento de alianza parental, de manera que los dos puedan consolidar reglas claras a sus hijos, y para que se mantengan al margen de la relación conyugal con límites firmes.

- Deshacer las coaliciones que la madre de G mantiene con sus hijos, de manera que se le otorgue un lugar de autoridad al padre y una distancia emocional necesaria entre G y su madre.
- Reencuadre de la conducta G a sus padres, de manera que se den cuenta que están desviando el conflicto de pareja al de su hijo.

Principales técnicas y estrategias.

- Complementariedad: Se cuestionó el papel del padre en relación fusionada de su esposa con G, de manera que se produjo un desequilibramiento necesario para que su padre empezará a posicionarse como padre y como esposo.
- Fijación de fronteras y límites: Se citó la mayor parte de veces a los padres de G, dejando fuera de éste subsistema a su hijo, a quien habían interpuesto entre ellos y para restablecer una alianza entre ellos, sacando a sus hijos de esa alianza.
- Reencuadramiento paradójico: Se rompió la alianza intergeneracional con G, de manera que éste ya no era el centro de atención para los padres, pese a sus berrinches y demandas a la madre.

Fase 3: Post-evaluación. Se hizo el cierre de intervención con G y sus padres, junto al reencuadre de la conducta de G en cuanto a la dinámica de pareja. Se estableció a G los puntos clave que habíamos trabajado con sus padres, aclarándole el papel que le compete a él como hijo en su familia. G se mostró receptivo y aclaró que se sentía en apoyo con sus padres, manifestó que su conducta impulsiva había disminuido hacia su padre, aunque con su hermana seguían algunas peleas, que trataba de evitar pero todavía a veces llegaba a gritarle u ofenderla. Se le prescribió no dejar las sesiones con su psiquiatra y seguir con el medicamento y a sus padres seguir reforzando esa alianza conyugal.

Referencias

- Díaz P. (2011). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México: Pax.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1994). *Escala de Evaluación de la Actividad Global*. 4ta. Edición
- Webster, Ch., Douglas K., Eaves D. & Hart S. (2005). *Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. España: Universitat de Barcelona
- Zetune, R. A. (2006). Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar. En *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. Pax.

CAPÍTULO CUATRO

Evaluación de la intervención

En este capítulo se describe la evaluación de los resultados de intervención. Se llevó a cabo un análisis de tipo mixto cualitativo y cuantitativo, con la finalidad de dar cuenta si los objetivos de tratamiento de cumplieron y reportar la efectividad de la intervención.

La muestra estuvo conformada por cuatro hombres y cinco mujeres, cuyas edades oscilan entre 17 y 62 años, cinco de ellas están casados, uno en concubinato y sólo uno es soltero. En cuanto a la escolaridad cuatro integrantes llegaron hasta secundaria, dos en preparatoria y solo uno con carrera técnica. En cuanto al estatus laboral, encontramos que todos trabajan ya sea de obreros, empleados o en algún negocio familiar, solo uno es desempleado y otro estudiante. Su nivel socio-económico en su mayoría oscilaba entre medio y bajo.

Análisis cuantitativo

Se realizó análisis estadístico con dos de las pruebas aplicadas, HCR-20 y Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar, el análisis de la prueba de Evaluación de la Actividad Global del Sujeto, se analizó mediante los datos recabados, debido a que no se puede hacer una prueba estadística, ya que la prueba no cuenta con las características necesarias para análisis cuantitativo.

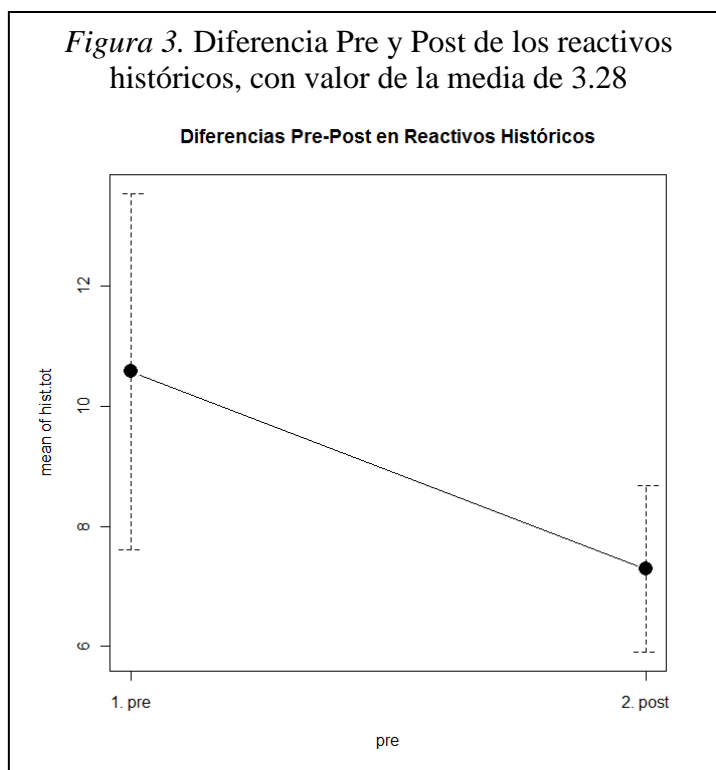
Riesgo de violencia. La tabla 4 muestra los resultados de la pre y post evaluación de la calificación del HCR-20, de evaluación del riesgo de padecer conductas violentas de la muestra de siete casos.

Tabla 4.
Resultados de la pre y post evaluación de la prueba del HCR-20.

Reactivos	Pre evaluación							Post evaluación						
	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G
Históricos	13	11	10	16	7	10	7	8	6	7	10	6	8	6
Clínicos	4	6	6	6	5	5	3	3	1	0	2	1	1	2
Gestión de riesgo	5	4	2	4	6	3	5	1	2	0	3	1	1	2
Total	22	21	18	26	18	18	15	12	9	7	15	8	10	10

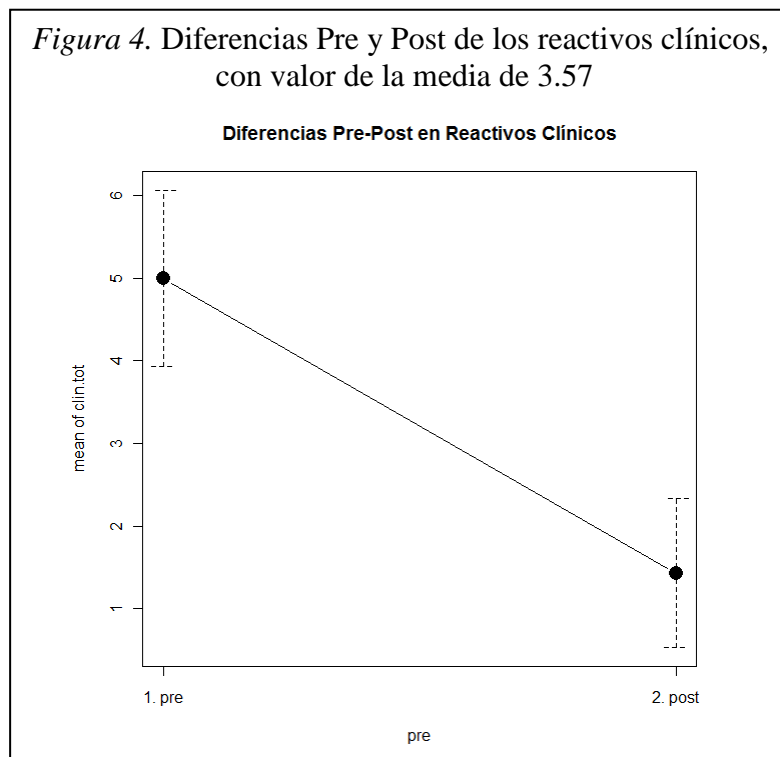
Reactivos históricos. Se evaluó la normalidad univariada y la de los residuales de ambas mediciones (Pre y Post), con la prueba de Shapiro Wilk, $W = 0.9419$ p-valor = 0.4432. Al ser la $p=0.4432 > 0.05$, se indica que los residuales se distribuyeron normalmente.

Se comprobó la homogeneidad de varianza de los residuales con la prueba de de Brown-Forsythe, $F= 1.7$ p-valor=0.22. Al ser $0.22 > 0.05$ indica que es homogénea. Por lo que se utilizó la T se Student debido a la normalidad y homogeneidad, en la que $t = 4.223$, en la que $p=0.005544 < 0.05$, por lo tanto se encontraron diferencias significativas en las medidas Pre y Post con un nivel de confianza de 95% (véase figura 3).



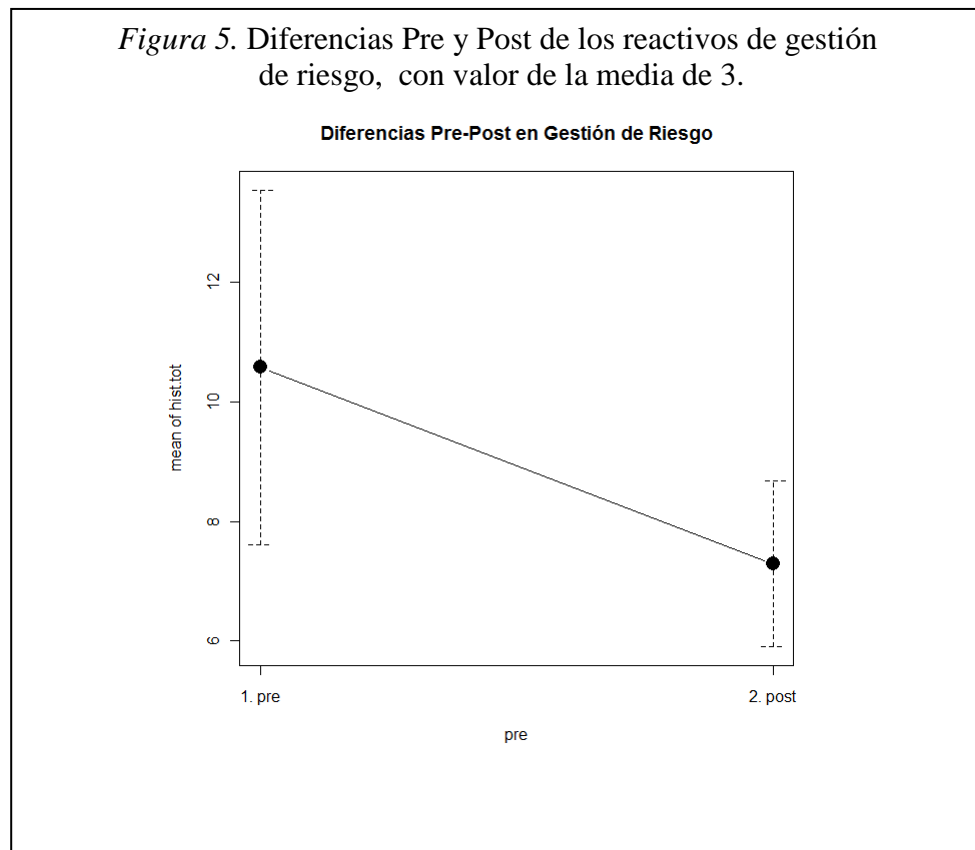
Reactivos clínicos. Se evaluó la normalidad univariada y la de los residuales de ambas mediciones (Pre y Post), con la prueba de Shapiro Wilk, $W = 0.9593$ $p\text{-valor} = 0.7117$. Al ser la $p=0.7117 > 0.05$, se indica que los residuales se distribuyeron normalmente.

Se comprobó homogeneidad de varianza de los residuales con la prueba de de Brown-Forsythe, $F= 0.14$ $p\text{-valor}=0.72$. Al ser $0.72 > 0.05$ indica que es homogénea. Por lo que se utilizó la T se Student debido a la normalidad y homogeneidad, con valor de $t = 4.947$, en la que $p=0.002534 < 0.05$, por lo tanto se encontraron diferencias significativas en las medidas Pre y Post con un nivel de confianza de 95% (véase figura 4).



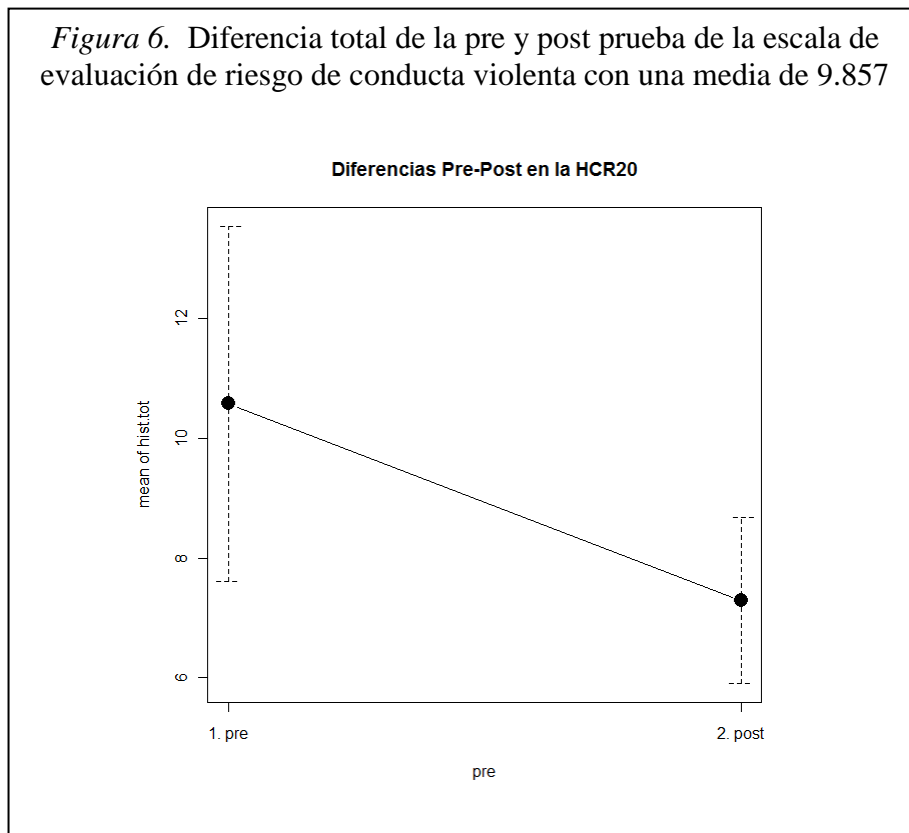
Reactivos de gestión de riesgo. Se evaluó la normalidad univariada y la de los residuales de ambas mediciones (Pre y Post), con la prueba de Shapiro Wilk, $W = 0.9081$ p-valor = 0.148. Al ser la $p=0.148 > 0.05$, se indica que los residuales se distribuyeron normalmente.

Se comprobó homogeneidad de varianza de los residuales con la prueba de Brown-Forsythe, $F= 0.08$ p-valor=0.78. Al ser $0.78 > 0.05$ indica que es homogénea. Por lo que se utilizó la T se Student debido a la normalidad y homogeneidad, con valor de $t = 6.148$, en la que $p=0.0008483 < 0.05$, por lo tanto se encontraron diferencias significativas en las medidas Pre y Post con un nivel de confianza de 95% (véase figura 5).



Reactivos totales. Podemos ver en la figura 6, las diferencias totales de los reactivos de la prueba.

Figura 6. Diferencia total de la pre y post prueba de la escala de evaluación de riesgo de conducta violenta con una media de 9.857



Funcionamiento familiar. En la tabla 5 se muestran los resultados de la prueba de cuestionario del funcionamiento familiar pre y post evaluación de los casos de intervención.

Tabla 5.

Resultados de la aplicación pre y post del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF).

Pre evaluación: EFF							
Factor	A	B	C	D	E	F	G
1: Involucramiento afectivo funcional	71	65	59	78	56	40	72
2: Involucramiento afectivo disfuncional	30	45	27	21	26	46	31
3: Patrones de comunicación disfuncionales	16	13	14	10	13	9	12
4: Patrones de comunicación funcionales	10	9	10	15	7	3	15
5: Resolución de problemas	14	10	10	11	8	5	10
6: Patrones de control de conducta	5	8	6	9	3	2	5

Post evaluación: EFF							
Factor	A	B	C	D	E	F	G
1: Involucramiento afectivo funcional	72	85	73	73	29	42	67
2: Involucramiento afectivo disfuncional	31	20	19	17	47	42	25
3: Patrones de comunicación disfuncionales	12	13	10	9	4	13	15
4: Patrones de comunicación funcionales	12	15	13	13	5	11	7
5: Resolución de problemas	12	15	12	14	9	6	10
6: Patrones de control de conducta	8	9	6	9	2	10	4

Al realizar las pruebas estadísticas correspondientes a los 6 factores de la prueba no se mostraron diferencias significativas en la evaluación Pre y Post de la prueba de funcionamiento familiar.

Actividad global. Debido a que no se puede realizar un análisis estadístico con la prueba de funcionamiento global, se exponen únicamente los resultados previos y posteriores obtenidos en cada uno de los casos (Véase tabla 6).

Tabla 6.

Resultados pre y post prueba del cuestionario de Evaluación del funcionamiento global (EEAG)

Resultados EEAG		
Caso	Pre evaluación	Post evaluación
A	4	8
B	6	9
C	5	8
D	4	8
E	7	8
F	7	8
G	7	7

Se observa que los casos donde se obtuvo una mayor mejoría en cuanto a la sintomatología del paciente fueron el caso A y el caso D, donde bajaron hasta 4 rangos desde la puntuación inicial. Los casos donde se obtuvo menor diferencia fueron los casos que presentaban mayor puntuación desde el inicio de la evaluación.

Análisis cualitativo

Se hizo un análisis de contenido de cada una de las áreas como son la violencia del paciente identificado, el funcionamiento, familiar y la actividad global de cada uno, respecto a lo que el mismo paciente y su familia percibe de cada una de estas áreas, previa y posterior a la intervención.

En la tabla 7, se observa en la etapa inicial de la intervención, como el paciente y su familia verbaliza la percepción de las categorías de observación. En la tabla 8 se muestran las verbalizaciones del paciente y su familia, de las mismas categorías de intervención pero al finalizar el tratamiento en cada caso.

Tabla 7.

Evaluación de la verbalización de los pacientes, en relación a las categorías de observación al inicio del tratamiento

Categorías de observación	Verbalización del paciente	Verbalización de la familia
Violencia	A: "La violencia es muy mala, ya no quiero ser así".	A: "Si sigue así lo voy a dejar, a la otra va a matarme"
	B: "Es algo normal"	B: "Desde que lo conocí hace 8 años era agresivo"
	C: "A veces soy muy violenta para todo, se lo que le molesta a la gente"	C: "La tratamos de proteger, pero ella se enoja"
	D: "Muy mala, no está bien ser así, puedo estar otra vez en la cárcel ó en la tumba"	D: "Se impacienta por que le pido cosas, a veces porque lo hago esperar"
	E: "Trato de no hacerlo, siempre recaigo"	E: "Empezó a ser un ogro cuando nació nuestra primer hija"
	F: "Me desespero y no pienso las consecuencias"	F: "Le grita mucho al niño, se desespera con él"
	G: "Me pongo agresivo porque no me compran lo que yo quiero"	G: "Tratamos de calmarlo, pero se enoja más"
Funcionamiento familiar	A: "En el matrimonio alguien debe de mandar"	A: "Le tengo que pedir permiso para salir con mi mamá por sus celos"
	B: "Me enoja con mi esposa porque es más luchona"	B: "Nunca nos dice que nos quiere, yo si hablo con él, pero el no quiera hablar"
	C: "Cuando peleo con mi esposo, el quiere contentarse pero yo no, quiero seguir enojada"	C: "Trato de cuidarla, pero a veces ella no me hace caso"
	D: "Que no quiera que recapacite luego luego"	D: "Me dice cosas muy feas y a los cinco minutos me quiere abrazar"
	E: "Mi esposo vacila mucho con los problemas de hogar, no toma importancia lo que yo digo"	E: "Ella se va con sus papás y se olvida de nosotros"
	F: "A mi familia no le tengo confianza para contarle las cosas"	"Nunca decimos como nos sentimos para no preocuparnos"
	G: "Siempre están peleando todos en la casa"	G: "Me da miedo que sea un adulto, que puedan hacerle algo"
Actividad global	A: "Intente suicidarme me pegue con una piedra en la cabeza".	A: "Se guarda todos su problemas, a nadie le cuenta"
	B: "Me siento culpable de lo que paso, no se que hacer"	B: "A veces todo le molesta"
	C: "Me siento muy triste, no tengo ganas de salir, solo voy al trabajo y me duermo"	C: "Duerme en exceso, antes no era así"
	D: "Cualquier cosa me truena el cerebro, me salgo de mis casillas"	D: "Está muy triste porque sus hijas no lo quieren ver, pero no lo sabe aceptar"
	E: "Estoy muy distraída, se me olvidan las que acabo de hacer o las direcciones"	E: "Si hace caso, está más controlado, si entiende"
	F: "He pensado en si llegara a morir, sería la solución de todo"	F: "Se estresa mucho en la casa, con la enfermedad de su mamá"
	G: "Bien, pero a veces me molestan mucho mis sobrinos, me encierro en el cuarto"	G: "Siempre tuvo miedo"

Tabla 8.

Evaluación de la verbalización de los pacientes, en relación a las categorías de observación al término del tratamiento

Categorías de observación	Verbalización del paciente	Verbalización de la familia
Violencia	A: "Ya no le pego, cuando me enoja me salgo y después regreso"	A: "Ha mejorado él, vive mejor uno"
	B: "Ya no tengo ganas de enojarme ni de pelear"	B: "Ya no se enoja por cualquier cosa"
	C: "Estoy muy tranquila, muy en paz"	C: "Ya no ha tenido razones para ponerse mal"
	D: "Era agresivo como un perro, pero me ayudaron, avente todo el mugrero y eso me relajo, ya no soy violento"	D: "De agresión nada yo lo he visto mejorado"
	E: "Ya no le grito tanto a mi hijo, mejor me tranquilizo, me calmo"	E: "Ha estado tranquila y relajada, desde que la ayudamos"
	F: "Le digo que es lo que debe hacer (a su hijo), pero ya no le grito"	F: "Ya no grita como loca"
	G: "Ya no me enoja con nadie, me subo a ver la tele"	G: "Se pone terco, pero después entiende que no se le puede tener todo"
Funcionamiento familiar	A: "A veces discuto con ella pero poquillo sin llegar a los golpes"	A: "Quiero estar con él, cuando está lejos lo extraño"
	B: "Me acerco mas a ella, quiero que me apapache"	B: "Se le ven las ganas de convivir con nosotros"
	C: "Me llevo mejor con mi papá, ya no me enoja con él"	C: "Estamos más tranquilos, yo la ayudo a que se tome su medicamento"
	D: "Yo estoy feliz con mi pareja, ella hace que me tranquilice"	D: "Tenemos planeado seguir juntos, el me apoya en todo"
	E: "Me sereno mas con mis hijos, solo así me cuentan lo que les pasa"	E: Pasa más tiempo en la casa, me atiende mejor, como que entendió que no debe estar mucho con sus papas"
	F: "El lleva a nuestro hijo a sus consultas, entes no lo hacía para nada"	F: "Ya me platica lo que hace en el trabajo y yo también, duramos horas platicando"
	G: "Me dan mis estudios me sacan adelante"	G: "Toda la familia nos apoyamos, tratamos de salir adelante y apoyarlo a él"
Actividad global	A: "Ya no estoy triste, me siento normal"	A: "Ya no ha tomado, lo que quiere es estar bien"
	B: "No he querido tomar, no quiero pleitos"	B: "Ya no duerme tanto"
	C: "Estoy más tranquila, ya no me siento triste"	C: "Se despierta más temprano, como antes"
	D: "Ya no me fastidio como antes, he estado como muy tranquilo y a la vez con gusto"	D: "Lo veo muy feliz con su cambio"
	E: "Ando tranquila, me salgo con la bicicleta, no tan presionada"	E: "Esta menos estresada"
	F: "Estoy más tranquila, menos estresada"	"Se ve más relajada"
	G: "A veces batallo para dormir por el medicamento"	G: "Es muy accesible con su comportamiento"

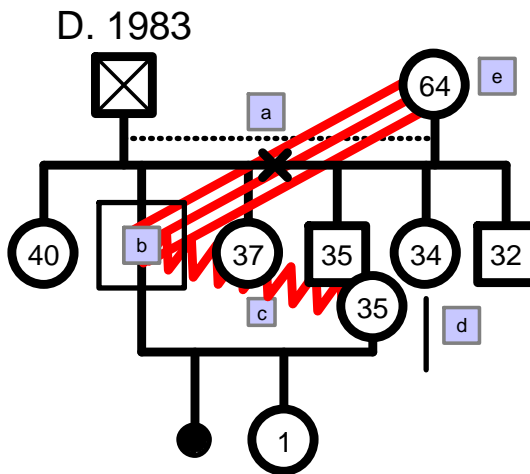
Se puede observar al analizar ambas tablas, que hay cierta similitud en cuanto a lo que cree el paciente y su familia de la conducta violenta de éste, pero en la familia lo perciben más negativamente, ya que en muchos casos el paciente no le da el valor negativo a su conducta, a pesar de que son conscientes de su impulsividad y hostilidad. Las familias que presentan mayor negatividad de las conductas violentas, por el fuerte impacto que han provocado, son las familias que al finalizar el tratamiento se sienten que han mejorado más que los que sólo lo perciben como parte de su cotidianeidad, esto puede ser debido a la magnitud del problema, ya que los que menos le dan importancia a ésta conducta la verbalizan como algo que no se requieren cambiar. En cuanto al funcionamiento familiar se puede apreciar, que entre más funcional llega a percibirse la familia y el paciente, la conducta violenta resulta ser en menor grado o nulo. Así también, los casos donde la familia aportaba nuevos cambios al sistema, se hacían notorios en la conducta del paciente, éste se daba cuenta que no sólo el cambiaba, sino también la dinámica familiar. Asimismo, los pacientes que llegaron a verbalizar de manera positiva los cambios estructurales y de conducta se sienten con menos síntomas que desde el inicio del tratamiento, mayor control en su conducta y su salud empieza a mejorar al término del tratamiento. Es como si todo estuviera relacionado entre sí, conducta, sistema familiar y salud emocional van de la mano, si algo va mal en éstas áreas perjudica a las otras, por ello la percepción del funcionamiento familiar es de vital importancia ya que como se pudo observar, si la familia permanece estática ante la conducta del paciente, está propiciando a que se mantenga ésta conducta en el paciente.

Cambios estructurales. A continuación se presentan los cambios estructurales de cada caso, expuestos comparando el primer genograma para destacar los cambios hechos por el sistema familiar, con el segundo genograma al finalizar la intervención.

Caso A:

Diagnóstico estructural (genograma 1)

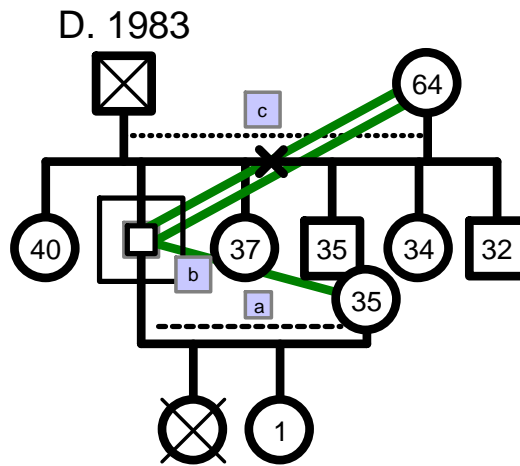
Figura 7. Genograma 1, caso A.



- a. Límites difusos entre holón parental hacia los hijos, en este caso hacia A, se manifiesta por conducta agresiva originada de ésta falta de límites desde su infancia por parte de la ausencia del padre y la falta de autoridad de la madre.
- b. Síntoma de A en el contexto familiar, manifestado por su conducta impulsiva.
- c. Relación violenta entre A y su esposa debido a los celos de él hacia ella y una comunicación disfuncional basada en la agresividad y la hostilidad.
- d. Límites rígidos por parte de A hacia su esposa no permitiéndole convivir con su familia exterior ni tener vínculos sociales ajenos a los familiares.
- e. Vínculo intergeneracional sobreinvolucrado de A con su madre, lo que le impide desarrollar un vínculo funcional independiente con su esposa.

Diagnóstico estructural (genograma 2)

Figura 8. Genograma 2, caso A.

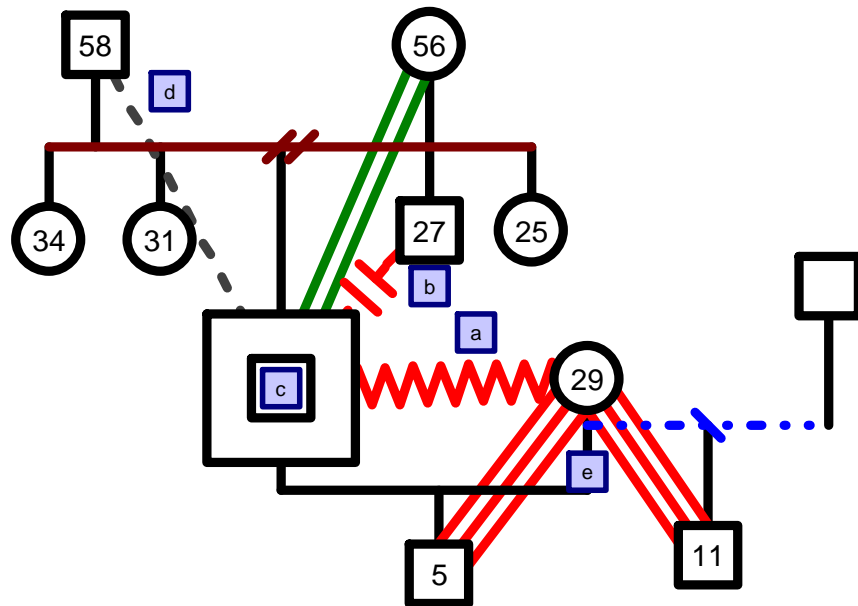


- Se puede observar que los límites entre A y su esposa ahora son más claros y no tan rígidos, él deja que salga más, ya no le dan celos cuando la ve platicando con otros hombres.
- La relación entre ambos empezó a ser mejor a medida que su comunicación fue más asertiva, ya no la golpea y cuando se siente enojado, solo sale a caminar y regresa de buen humor.
- Límites claros entre la relación de A y su madre, ella ya no interviene en la relación conyugal.

Caso B.

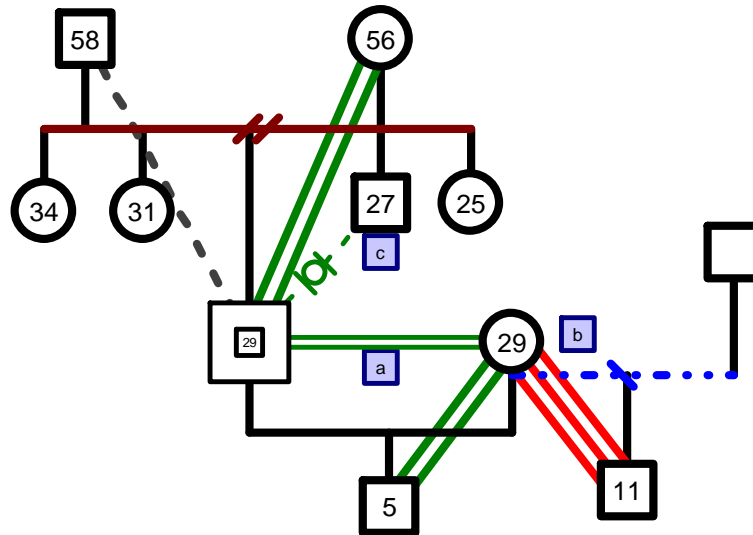
Diagnóstico estructural (genograma 1).

Figura 9. Genograma 1, caso B.



- a) Relación de agresividad y hostilidad entre paciente identificado y esposa, siendo recíproca más frecuentemente.
- b) Conflicto entre hermanos debido a impulsividad de paciente identificado.
- c) Síntoma de conducta violenta en la dinámica conyugal, que refleja la homeostasis disfuncional entre los miembros de la pareja.
- d) Relación distante con padre, debido a disfunción parental.
- e) Alianza estrecha con la esposa con sus dos hijos, quedando desplazado la figura paterna, en este caso el paciente identificado.

Figura 10. Genograma 2, caso B.

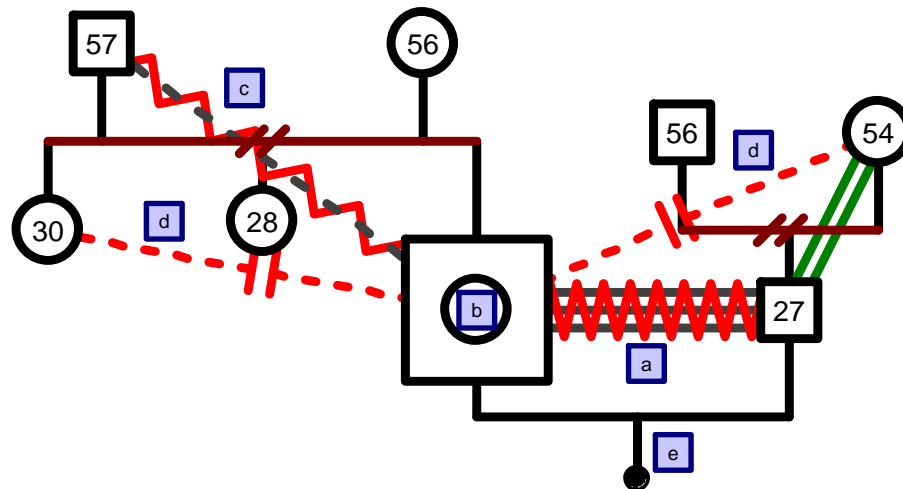


- Se observa un cambio de relación emocional, que ha dejado de ser hostil, una mayor alianza como pareja debido a que tienen más contacto físico y emocional, no ha habido violencia física ni verbal por ninguno de los dos, ahora resuelven los problemas hablando y proponiendo posibles soluciones. Además B empieza a tomar decisiones en la familia, sin que su esposa interfiera.
- Pese a que la relación de la madre con su hijo mayor sigue siendo fusionada, permite a B estar en el lugar de autoridad, en él que él mismo se sentía excluido.
- Reconciliación con su hermano, a quien había herido, y en quien dice que se vieron y se saludaron como antes, generando sentimientos de bienestar de B hacia su familia.

Caso C.

Diagnóstico estructural (genograma 1).

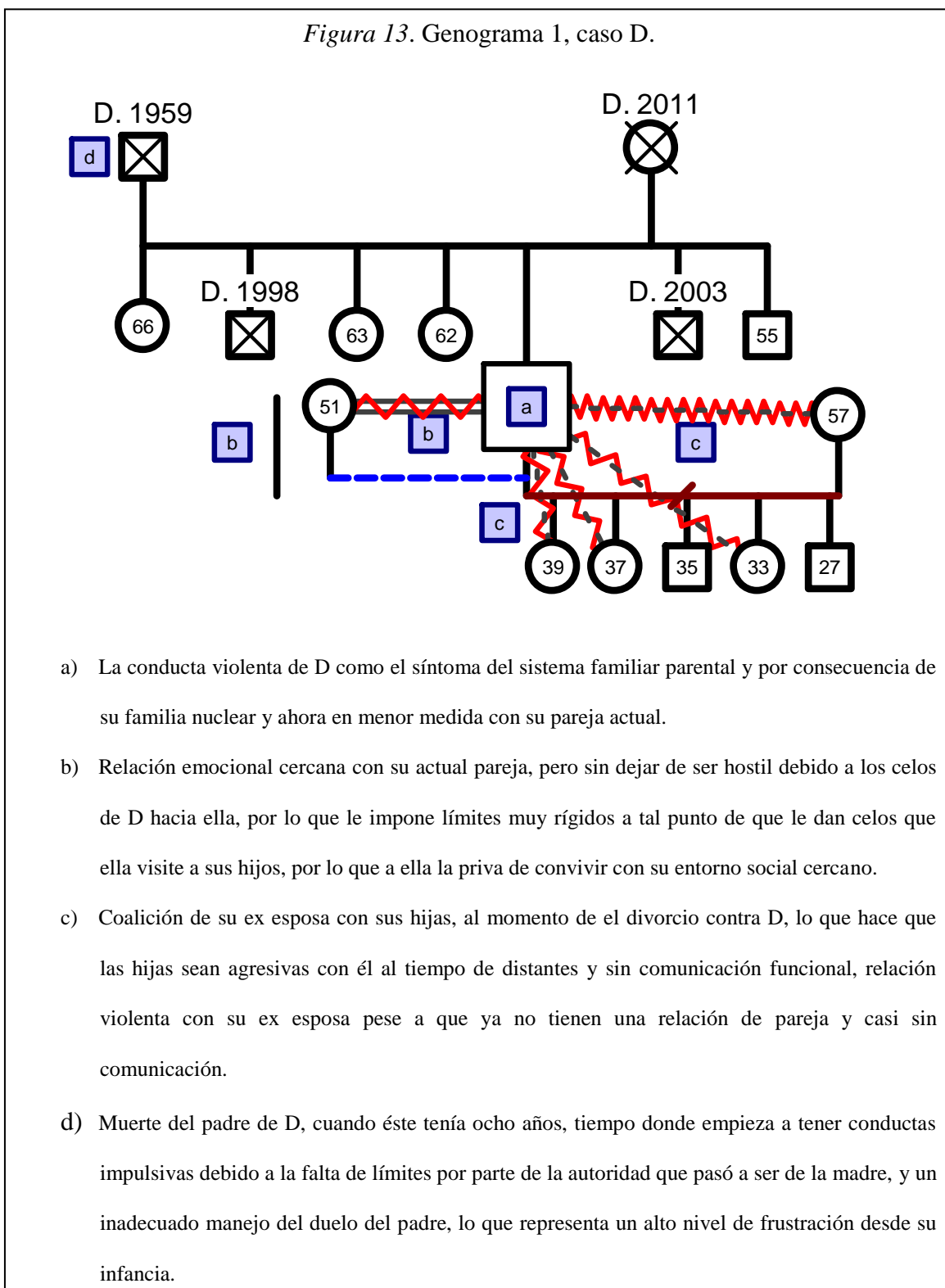
Figura 11. Genograma 1, caso C.



- Relación violenta y fusionada de C con su esposo, llevándose a gritos, pellizcos, maldiciones y al mismo tiempo muy unido entre sí, dependiente uno del otro.
- Conducta violenta en C y episodio psicótico a partir de la noticia de su condición de incapacidad para tener hijos, lo que desata una serie de sintomatología entre la cual se encuentra la conducta violenta.
- Relación distante y hostil entre C y su padre de quien no ha hablado con él en cinco años, refiriendo sentir rencor con él por como las trataba a sus hijas y su madre cuando vivían con él.
- Conflicto entre la suegra de C y su hermana debido a que ambas se meten mucho en la relación de ella con su esposo, refiriendo molestarle en exceso esas actitudes que llevan a cabo con ella.

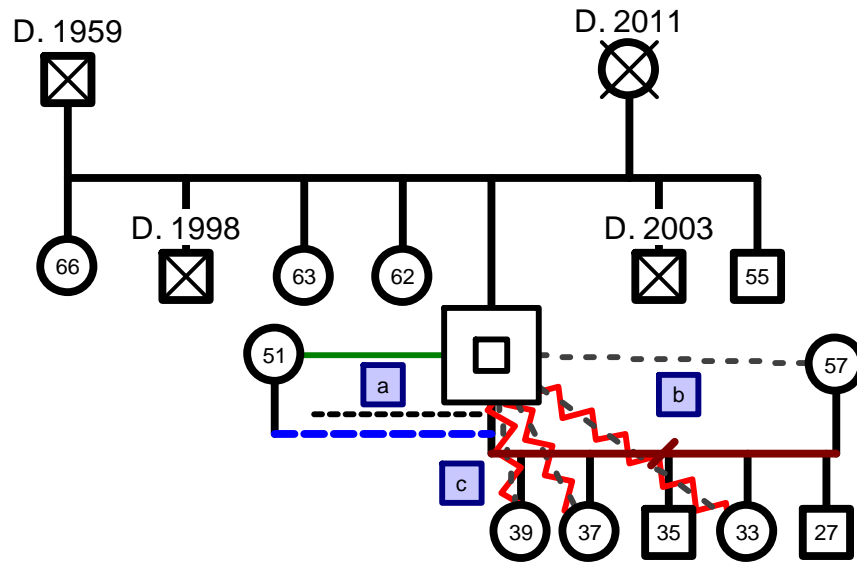
Caso D.

Diagnóstico estructural (genograma 1).



Diagnóstico estructural (genograma 2).

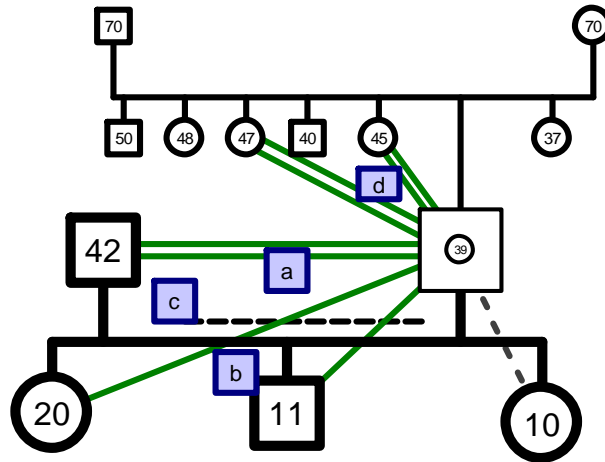
Figura 14. Genograma 2, caso D.



- a) Relación menos rígida, más flexible, ya permite que su esposa vea a sus hijos, sin ser un conflicto entre ambos.
- b) Su ex esposa sigue intentando pelear con él, pero él ya no le hace caso, cuando la ve solo se aleja de ella.
- c) Quiere reconciliarse con sus hijas, pero considera imprudente hablar con ellas, en el momento actual, decide que va a esperar hasta que ellas se acerquen a él de manera pacífica.

Diagnóstico estructural (genograma 2).

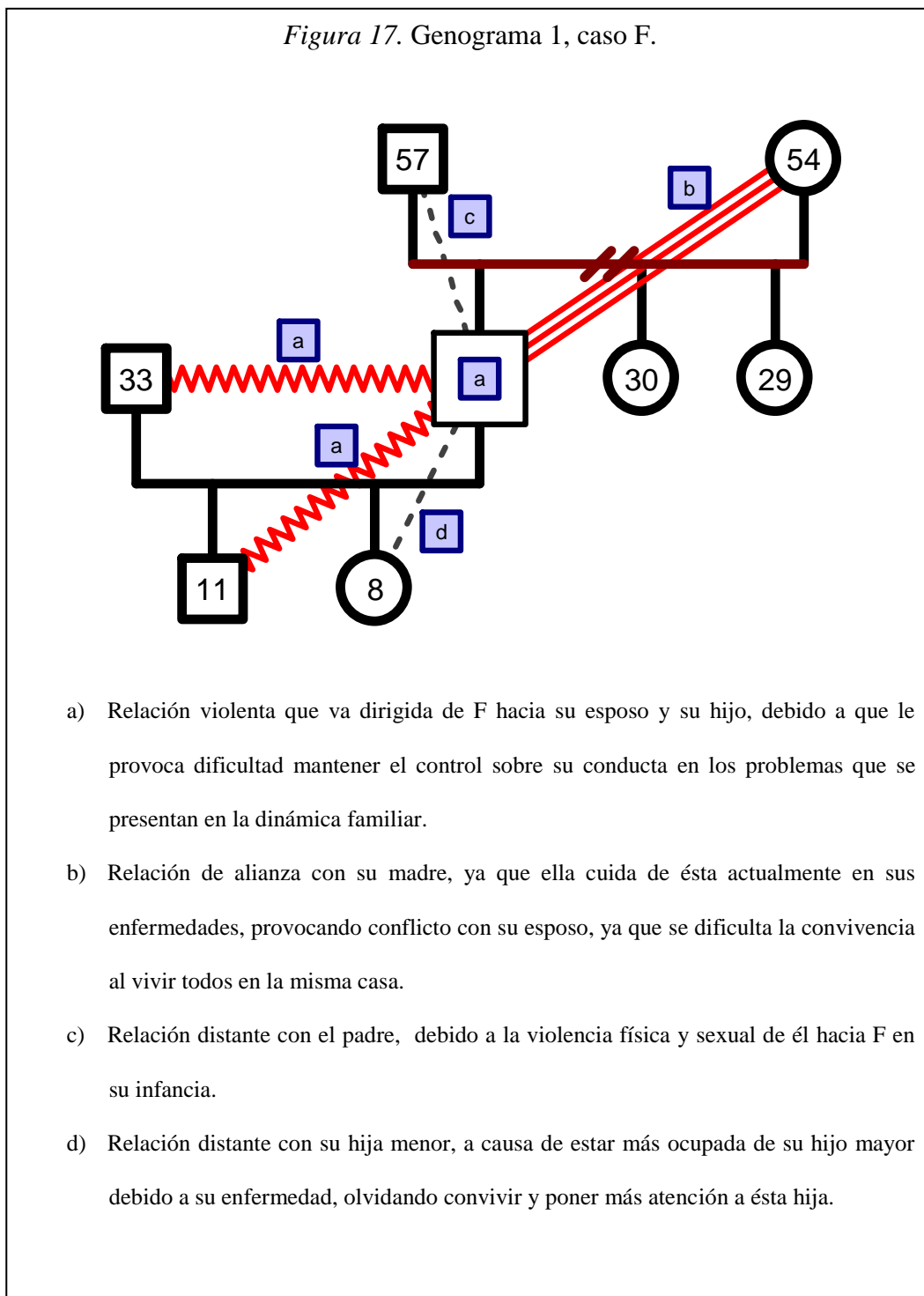
Figura 16. Genograma 2, caso E.



- a) Alianza generada con su esposo, a medida que los dos van tomando decisiones en cuanto a sus hijos, sin tomar en cuenta la opinión de la familia parental de E.
- b) Lleva una relación más funcional con sus dos hijos mayores, su hija mayor regresó a la casa después de vivir con sus abuelos maternos y su hijo, le empieza ir mejor en el contexto académico, ya no lo agrede a éste, le tiene más paciencia.
- c) Límites más claros entre los padres a los hijos, sin llegar a ser autoritarios lo que mantiene a la familia sin la necesidad del síntoma de E.
- d) La paciente interpuso límites claros entre sus hermanas, de manera que ahora tiene menos contacto con ellas, por lo que su esposo se acerca más a ella ya que tienen tiempo de estar juntos, a pesar de que él sigue trabajando como antes.

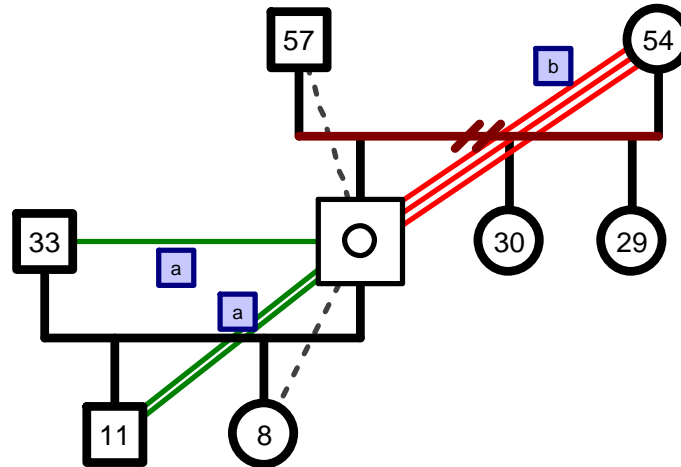
Caso F.

Diagnóstico estructural (genograma 1).



Diagnóstico estructural (genograma 2).

Figura 18. Genograma 2, caso F.

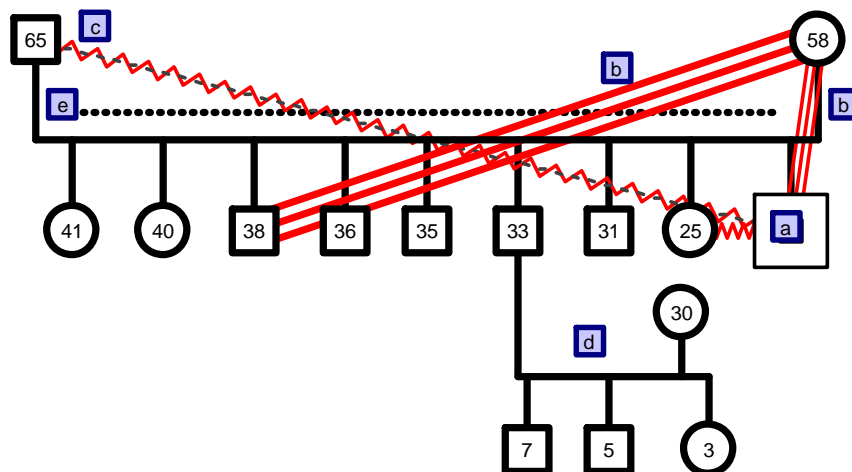


- a) La relación conyugal mejoró, ya ofende o agrede físicamente a su esposo, ahora los dos se interesan más el uno por el otro; también se eliminó la conducta agresiva hacia su hijo, le tiene más paciencia, le demuestra su afecto pese a su comportamiento que llega a ser muy patológico debido a su diagnóstico psiquiátrico.
- b) Continúa teniendo una relación fusionada con su madre, aún viven con ella y la hermana de F, pero ha manejado la situación de tal manera que no permite que por estar pendiente de ellas, desvíe la atención de su pareja e hijos.

Caso G.

Diagnóstico estructural.

Figura 19. Genograma 1, caso G.



- Es el síntoma de su familia, debido a la conducta que representa desde su adolescencia, conducta impulsiva y agresiva.
- Relaciones fusionadas de la madre con dos de sus hijos, que impiden a la figura paterna formar parte de la autoridad de la familia.
- Relación distante y hostil de parte de G hacia su padre, ya que éste no lo obedece cuando le da órdenes.
- Familia amalgamada, debido a que en la casa parental aun vive un hijo con su esposa, provocando falta de intimidad y confort en los otros miembros de la familia.
- Límites difusos de los padres hacia los hijos, ya que no se respeta la intimidad por parte de los otros subsistemas.

Discusión

En cuanto al análisis de la conducta violenta de los pacientes pudimos darnos cuenta del proceso por el cual es violenta una persona viene del rechazo de los padres, lo que constata Rohner (1986), la ausencia de calor, o el privarlos del afecto de sus padres, tiene influencia significativa en su pautas de conducta, (Citado en Lila & Gracia, 2005).

La realización del proyecto en una institución psiquiátrica, nos permitió percatarnos de un delimitado manejo de las conductas de los pacientes y en los casos donde el paciente es etiquetado con alguna enfermedad psiquiátrica como señala Thomas Szasz (Citado en Vásquez, 2007) que sostiene que los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas estigmatizadoras aplicadas a personas cuyas conductas molestan o ofenden a la sociedad y, si no hay enfermedad mental, tampoco puede haber hospitalización o tratamiento para ella. En los casos tratados, que no estaban hospitalizados pudimos dar cuenta de la mejoría alcanzable, siempre y cuando teniendo la pertinencia para tratar al paciente y a su familia, pese al contexto.

Partimos desde el supuesto que existe riesgo de conducta violenta tanto en personas diagnosticadas con enfermedad mental y las que no, ya que como exponen Uriarte (2007), el riesgo inmediato de conducta violenta puede producirse por la presencia de síntomas psiquiátricos agudos, mientras que el riesgo a largo plazo se asocia más con variables personales e históricas, por lo que fue necesario y eficaz aplicar ésta intervención, ya que los diagnósticos que se tuvieron tenían una mejor prescripción que los que podían ser la esquizofrenia o el retraso mental.

La motivación para realizar una intervención sistémica es que nos dimos a la tarea de buscar de donde provienen éste tipo de conductas y encontramos que vienen de la dinámica familiar como explica Mrazek y Mrazek (1985), en su informe sobre los factores que contribuyen

al maltrato infantil, señalan que uno de los principales desencadenantes del maltrato es la tensión dentro de la familia, así como en la comunidad circundante.

Se destaca la importancia de hacer una evaluación exhaustiva de la violencia de los pacientes ya que como sugieren Arbach y Pueyo en 2007, no se debe obviar la relación entre enfermedad mental y conducta violenta, ya que sus consecuencias afectan a la salud y bienestar de las personas que sufren una enfermedad mental y de su entorno, por lo que encontramos que no sólo el paciente que acude a una institución psiquiátrica, como aquí se revisó los mismos familiares son los que incurren en éste tipo de conductas.

Las principales estrategias que nos dieron resultados positivos de la intervención fue la reestructuración familiar, trabajando con el reacomodo de los participantes de la familia, jerarquizar el sistema ya que como señala Fishman (1988), que en el tratamiento de las familias violentas, la terapia se dirige a establecer fronteras: a reorganizar las reglas familiares en torno a fronteras firmes y funcionales. Si la familia puede crear una frontera funcional en la sala de terapia, hay mayor seguridad de que también podrá hacerlo fuera de la sala.

Se constató que la intervención sistémica modelo estructural fue útil para los casos en que algún integrante denote conducta violenta, tanto desde el análisis cuantitativo y cualitativo, se pueden analizar estas conductas, pero no pasa lo mismo al analizar el funcionamiento familiar, ya que hay dificultades para llegar al análisis cuantitativo no restando importancia a ello, debido al número de casos tratados, pero comprobando la función familiar en cada uno de los casos, mediante las verbalizaciones de los pacientes y su familia, quienes también deben recibir cierta orientación.

Los hallazgos encontrados en este proyecto de intervención son congruentes con lo que postula Freddy y Dávila (2012), sobre el enfoque del tratamiento terapéutico a provocar cambios

en los patrones de interacción circular, en lugar de centrarse en alterar la conducta de alguno de los actores de episodios violentos ya que como vimos la aplicación del enfoque sistémico modelo estructural obtuvimos cambios en la dinámica del sistema y por consiguiente una reducción hasta ahora significativa de la conducta violenta como supuesto síntoma de esas interacciones familiares.

Asimismo concordamos con Pérez, Jiménez y Sampere (2012), quienes hacen una revisión de la literatura sobre la eficacia de la psicoterapia grupal multifamiliar y la terapia multisistémica para el tratamiento de adolescentes con diagnóstico de trastorno del comportamiento perturbador, en el cual constatan, que la hospitalización en adolescentes con trastorno perturbador, y su efectividad en cuanto a la reducción de las conductas externalizantes y en la mejora del funcionamiento familiar. Por otra parte, se reveló que en la terapia sistémica se tiene menos recaídas en cuanto a problemas de conducta, a diferencia de recibir terapia individual.

Conclusiones

Debemos tomar en cuenta la pertinencia de trabajar con éste tipo de modelo en una clínica psiquiátrica en relación al diagnóstico médico del paciente ya que dependiendo de éste se puede predecir la eficacia de la intervención. Así como también, tener en cuenta la relación de la enfermedad psiquiátrica del paciente con su conducta violenta, debido a las variables como son los fármacos que tienen que ver con la regulación de las conductas, y que a su vez en las intervenciones psicológicas deben ser tomadas en cuenta a la hora de hacer la evaluación sobre la eficacia de dichas intervenciones.

Por otro lado es importante mencionar que se puede prescindir en ocasiones del motivo de consulta, en este caso de la intervención con la conducta violenta a favor de salvaguardar la integridad física tanto de los pacientes como la familia y demás personas afectadas por la queja

principal, que de un modo u otro respaldan al profesionalista de un empeoramiento o surgimiento de una conducta más agresiva u hostil contra él mismo u otros.

De acuerdo a los resultados obtenidos y a la literatura revisada, la terapia sistémica modelo estructural, es una intervención prudente y 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, y que debe ser tratado en conjunto y no ser señalado como el portador único de su malestar emocional, lo que incita a la utilización imprescindible de éstas prácticas en el ambiente institucionalizado.

Referencias

- Arbach K. & Pueyo A. (2007). “Valoración del riesgo en violencia en enfermos mentales con el HCR-20”. *Papeles del psicólogo*. Recuperado el 15 de Octubre del 2011.
- Fisman H. (1988). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Buenos Aires: Paidós.
- Freddy A. & Dávila C. (2012). Interacciones violentas de las mujeres con su pareja, un enfoque sistémico. *13º Congreso virtual de psiquiatría*.
- Lila M y Gracia E. (2005). Determinantes de la aceptación rechazo parental. *Revista Psicothema*
Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3072.pdf>
- Minuchin, S. (1986). Familias y terapia familiar. En S. Minuchin, *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Pérez G., Jiménez B. & Sampere P. (2012). Psicoterapia grupal multifamiliar y terapia multisistémica para adolescentes con trastorno del comportamiento perturbador. *Revista de psiquiatría*. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/54595/>
- Uriarte J. (2007). Violencia, enfermedad y estigma. *Revista psiquiatría legal*.
<http://www.slideshare.net/guestaefd35/sensibilizacion-presentation-557383>

APÉNDICE A

CARTA DE ACEPTACIÓN DE ARTÍCULO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

Pachuca Hidalgo, a 2 de Septiembre del 2013

Folio 10

Asunto: **Constancia de publicación**

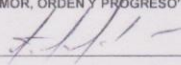
**LIC. PÉREZ JARAMILLO MARÍA DE LOS ÁNGELES JANETH
P R E S E N T E**

Por este medio se hace constar que el artículo denominado "Modelo De Intervención Desde El Enfoque Sistémico En Pacientes Ambulatorios Con Conducta Violenta En Una Clínica Psiquiátrica" del (los) autor (es) Pérez Jaramillo María De Los Ángeles Janeth, Licenciatura En Psicología. González Hurtado Angelina, Doctorado En Psicología, Hernández Sánchez Pedro. Maestría En Psicología. Después de haber sido arbitrado por el comité ético – científico, fue aceptado y publicado en la Revista Científica – Electrónica de Psicología, misma que edita el Área Académica de Psicología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. En su número quince, con fecha de publicación el 30 de Julio del 2013, con clave ISSN 1870-5812.

La Revista Científica – Electrónica de Psicología, del Área Académica de Psicología del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, esta reconocida como publicación científica de divulgación Internacional Latinoamericana, con derechos de autor y sistema de arbitraje.

Agradezco su participación y no dudo de que nos siga favoreciendo con la misma, quedo de usted.

ATENTAMENTE:
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"


Dr. en Psic. Sergio Santamaría Suárez
Editor General de la Revista



c.c.p. Archivo

Ex. Hacienda la Concepción Tlaxiahuatlán, Hidalgo
Tel. 01 771 71 720-00 ext. 5104 Fax: 01 771 71 720-00 ext. 5111
Correo electrónico: sefaturapsicologiauah@gmail.com



Valor: **Humildad** Antivalor: **Orgullo**
"Reconocer que mis logros se deben también a otras personas que han invertido en mi vida. Reconocer el valor de cada persona."

APÉNDICE B

ARTÍCULO

MODELO DE INTERVENCIÓN DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO EN
PACIENTES AMBULATORIOS CON CONDUCTA VIOLENTA EN UNA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Pérez Jaramillo María de los Ángeles Janeth. Licenciatura en Psicología

González Hurtado Angelina. Doctorado en Psicología

Hernández Sánchez Pedro. Maestría en Psicología

Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Posgrado en Psicología

Resumen

El propósito del proyecto 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 conducta violenta.

El proyecto tuvo un diseño mixto de evaluación, ya que se hizo pre y post evaluación con los instrumentos seleccionados y un análisis cualitativo de los cambios percibidos tanto por el paciente como su familia.

La muestra correspondió a siete pacientes ambulatorios de una Clínica Psiquiátrica; específicamente aquellos con historial de comportamientos violentos tanto en el medio familiar como en el social.

Los instrumentos aplicados fueron la guía de evaluación del riesgo de violencia (HCR-20) para evaluación de riesgo de comportamiento violento; la escala de evaluación de la actividad global, para valorar el funcionamiento global durante un tiempo específico en sujetos con

enfermedad psiquiátrica; y el cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar, para conocer la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar.

Los resultados generales apuntan a una disminución del riesgo de padecer conducta violenta de riesgo moderado a bajo, así como una disminución en los factores de comunicación disfuncionales y un aumento en el factor de resolución de problemas.

Palabras clave: Conducta violenta, enfoque sistémico, intervención, modelo estructural

Abstract

The purpose of the project was to know the effects on the application of the clinic intervention mode, systemic approach based on the structural model for the reduction of violent behavior.

The project was a mix design of evaluation, because it was a pre and post evaluation with the select instruments and a qualitative analysis of the changes that the patient and the family saw.

The sample consisted of seven patients from a psychiatric clinic outpatients, specifically those with a history of violent behavior in both family and society.

The instruments used were the HCR-20 risk assessment of violent behavior, the scale of overall activity evaluation, to assess the overall performance for a specific time in subjects with psychiatric illness, and questionnaire assessment of family functioning, for know the perception that a member of the family has about their family functioning.

The overall results show a decrease in the risk of violent behavior moderate to low risk and a decrease in dysfunctional communication factors and an increase in the problem-solving factor.

Keywords: Violent behavior, systemic approach, intervention, structural model

Introducción

De acuerdo a la teoría sistémica afirma, la violencia es el resultado de cierto estilo de interacción familiar, es decir que el acto de la violencia no recae sólo en el agresor, pues una persona maltrata pero la otra mantiene ese tipo de relación (Sims, 1983).

En su informe sobre los factores que contribuyen al maltrato infantil, Mrazek y Mrazek (1985) señalan que uno de los principales desencadenantes del maltrato es la tensión dentro de la familia, así como en la comunidad circundante.

Según Cárdenas y Ortiz (2008), debemos partir de la definición de violencia del Consejo Europeo (1986) como “cualquier acción u omisión cometida dentro del marco de la familia por uno de sus miembros, que amenace la vida, la integridad física o psicológica o la libertad de otro miembro de la misma familia o que dañe seriamente el desarrollo de su personalidad”.

En los casos de familias violentas suele suceder que aquellos que cometen los actos violentos se ven a sí mismos como víctimas y no como agresores. Quienes incurren en la violencia familiar muchas veces consideran estar reaccionando, inevitablemente a la provocación de la víctima y piden que se comprenda su condición de “victimario irrefrenable” (Minuchin y Fishman, 1988).

Planteamiento del problema

Arbach y Pueyo (2007), explican que la relación entre enfermedad mental y violencia es compleja y sobre todo polémica. A pesar de las dificultades y prejuicios no debería obviarse su estudio ya que sus consecuencias afectan la salud y bienestar de las personas que sufren una enfermedad mental así como a su entorno.

En el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002), la Organización Mundial de la Salud (OMS) la aborda como un problema de salud pública. Se afirma que cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida.

Ostrosky Solís (2008) señala, que las conductas violentas son, de manera alarmante, cada vez más comunes en nuestra sociedad y se consideran en la actualidad un problema de salud pública. Se presentan en diferentes niveles, que van desde el abuso doméstico hasta el crimen en calles y homicidios. Según el INEGI (2005), esta causa de muerte sigue siendo la segunda en adultos jóvenes (de 15 a 20 años) con 12.4%.

Tratamiento sistémico y violencia

En el tratamiento de las familias violentas, la terapia se dirige a establecer fronteras: a reorganizar las reglas familiares en torno a fronteras firmes y funcionales. Si la familia puede crear una frontera funcional en la sala de terapia, hay mayor seguridad de que también podrá hacerlo fuera de la sala.

Principios generales

Al trabajar con familias violentas y explosivas, el terapeuta debe tener firmemente cuatro principios generales básicos: no hacer daño, crear una terapia basada en la experiencia; desarrollar una consideración positiva entre los miembros de la familia y tratar tanto con la familia como con el contexto más amplio. (Fishman, 1988)

Todos los miembros que participan en la interacción violenta son actores que pueden representar otro rol. Aun así, hay que tener presente que la responsabilidad de la agresión es del que la ejerce, pero para modificar la situación es necesario que se produzcan cambios tanto en éste como en la persona que la recibe y en la interacción de las partes (Cárdenas & Ortiz, 2008).

Modelo estructural

El Modelo Estructural Sistémico surge en el campo de la psicología, su principal representante es Salvador Minuchin, y fue desarrollado a finales de la década de los años sesenta del siglo XX como un intento por explicar la relación entre el individuo y su contexto familiar. Este modelo se guía por algunos principios de la Teoría General de los Sistemas.

Una de sus principales aportaciones a la terapia familiar ha consistido en señalar la confusión de la normal jerárquica entre miembros de una familia que no está funcionando bien, la reestructuración de las relaciones familiares, la acomodación de las estructuras ya existentes y dar a cada persona la experiencia de vivir en un grupo normalmente organizado.

El modelo estructural se define como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (Minuchin, 1991), estas pautas establecen como, cuando y con quien cada miembro se relaciona, regulando la conducta de los miembros.

La intervención terapéutica desde la perspectiva del Modelo Estructural se dirige a los cambios en la estructura familiar disfuncional para entonces eliminar el síntoma; la unidad de intervención terapéutica es la familia (Soria , Montalvo y Herrera, 1998). En nuestro proyecto el síntoma estaría representado por la conducta violenta del paciente identificado, y por la cual la intervención está dirigida a cambiar la estructura familiar.

Objetivo general

- Identificar los efectos de una intervención desde el modelo estructural del enfoque sistémico dirigido a pacientes que presentan conductas violentas y el impacto en sus familias.

Objetivos específicos

- Detección y atención de los casos derivados
- Aplicación del modelo para reestructuración funcional de las relaciones paciente familia
- Evaluar los efectos que tiene el uso de este modelo psicoterapéutico para la disminución de la frecuencia de comportamiento violento de los pacientes

- Valorar estrategias y técnicas específicas de la intervención sistémica, en cuanto a la rehabilitación del paciente en cada caso

Metodología

Participantes y diseño

La muestra estuvo conformada por siete pacientes ambulatorios que asisten a consulta externa, en una clínica psiquiátrica, con historial de conducta violenta física y verbal hacia otras personas. Los diagnósticos que presentaban los casos eran principalmente de depresión recurrente y moderada, junto con síntomas de ansiedad en su mayoría; en cuyo caso los pacientes estaban bajo tratamiento farmacológico. Los criterios de exclusión fueron no presentar algún tipo de demencia, retraso mental, esquizofrenia o intento de suicidio.

El presente proyecto, cuenta con estudio de cohorte prospectivo, (Lazcano 2000) debido a que los sujetos de estudio se eligen de acuerdo con la exposición de interés (violencia riesgo alto y moderado) y se sigue a éste grupo de sujetos que serán evaluados en repetidas ocasiones, a lo largo de un periodo de tiempo determinado. Así como el diseño de evaluación que se implementó fue de tipo mixto.

Variable de asignación	Secuencia de registro		
	Pre evaluación	Tratamiento	Post evaluación
Conducta violenta	A1	B	A2
Funcionamiento familiar	A1	B	A2
Funcionamiento global	A1	B	A2

La siguiente tabla muestra la operacionalización de variables presentadas para la evaluación de los efectos del tratamiento psicológico:

VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES	FORMA DE MEDICIÓN
Conducta violenta física	Daño real, la intención o amenaza de llevar a cabo daño o prejuicio hacia una o más personas. (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 2005)	- Acoso o persecución - Amenazas - Agresión sexual - Dar puñetazos - Dar patadas - Morder - Arañar - Abofetear - Empujar - Maldecir - Destrucción de la propiedad	- HCR-20 (Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos). (Webster et al, 2005)
Funcionamiento familiar funcional (variable dependiente)	Estado de una familia que se encuentra organizada, tiene límites claros y cuyas relaciones entre sus miembros son sanas y funcionales (Minuchin, 1991).	- Jerarquización del sistema - Reestructuración familiar funcional - Reducción del síntoma (conducta violenta física)	- Evaluación del funcionamiento familiar (EFF) (Atry y Zetune, 1993) - Entrevista Familiar
Funcionamiento global	Funcionamiento global o general del sujeto, durante un periodo específico de tiempo, como un continuo de enfermedad psicológica o psiquiátrica a estado de salud (DSM-IV, 1994)	- Alteración clínica, - Alteración psicosocial - Enfermedad mental - Sintomatología - Grado de salud	Escala de Evaluación de la actividad global (EEAG) (DSM-IV, 1994).

Instrumentos de evaluación

1. Para Evaluación familiar

- Guía de entrevista para identificar la estructura familiar: Consta de una entrevista con 54 preguntas que evalúa la estructura familiar.
- Familiograma: Es un método para almacenar datos de la familia que den la oportunidad de hacer una retroinformación inmediata que permita su interpretación rápida; constituye un esqueleto en el cual los factores biológicos, conductuales, sociales y de relaciones interpersonales, pueden ser presentados, explorados y procesados.

- Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF): Es un instrumento que diseñó Epstein en 1981, para evaluar la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar. Es del tipo lickert que utiliza cinco opciones para valorar cada uno de los 40 reactivos (Velasco y Luna , 2006).

Sub escalas.

Factor 1: Involucramiento afectivo funcional, representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar.

Factor 2: Involucramiento afectivo disfuncional, implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia.

Factor 3: Patrones de comunicación disfuncionales, se enfoca en una marcada dificultad en el intercambio de información afectiva.

Factor 4: Patrones de comunicación funcionales, se refiere al intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental (sustento económico, alimento, ropa, casa, transportación, etc.)

Factor 5: Resolución de problemas, revela que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tienen buena organización familiar, se infiere que pueden resolver los problemas instrumentales que se les presentan.

Factor 6: Control de la conducta, se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento, los patrones son razonables con posibilidad de negociación y cambio, dependiendo del contexto.

2. Para detección de riesgo de violencia:

- HCR-20: Es una guía-protocolo para valorar el riesgo de cualquier tipo de violencia. Consta de un total de 20 ítems con valoración de 0 a 2 con puntuación máxima de 40, que proyecta una valoración de riesgo alto moderado y bajo de padecer comportamiento violento. Diseñado inicialmente en Canadá, actualmente se ha convertido en un instrumento imprescindible para predecir el riesgo de comportamientos violentos en poblaciones penitenciarias y psiquiátricas (Webster et al, 2005).

Sub escalas

Ítems históricos: Revisión de la frecuencia de conductas violentas, delitos, historial psiquiátrico, familiar, educativo, y vocacional.

Ítems clínicos: Descripción del estado mental del individuo en el momento del incidente, así como del diagnóstico actual, factores sintomatológicos.

Ítems de gestión de riesgo: Incluye la evaluación de afrontamiento en situaciones de riesgo

3. Para Evaluación individual:

- Historia clínica: Es el instrumento que reúne todos los datos disponibles que permiten descifrar y explicar el curso de la vida del paciente en cuanto interesa para el estudio de la enfermedad. Dentro de esos datos se incluyen los personales (biológicos, funcionales, emocionales) familiares, escolares, sociales y laborales.
- Escala de Evaluación de la Actividad Global: Es un instrumento para la valoración del funcionamiento global o general en sujetos, durante un periodo específico de tiempo, como un continuo de enfermedad psicológica o psiquiátrica a estado de salud. Es una escala establecida en el eje V del modelo de la evaluación Multiaxial del DSM IV TR, que busca determinar, con un puntaje de 0 a 100 la condición adaptativa y funcionalidad de un individuo (DSM-IV).

Fases del modelo de intervención

Fase 1: Los objetivos fueron elaboración de un diagnóstico individual y estructural (familiar), para efecto de los objetivos terapéuticos en cada caso. Las estrategias y técnicas utilizadas fueron la coparticipación del terapeuta con la familia, elección de las unidades de tratamiento según el enfoque familiar y la escenificación de interacciones entre los familiares y el paciente identificado.

Fase 2: Los objetivos de esta fase fueron la redefinición del problema queja en relación a la conducta violenta, desplazar el foco de atención del individuo al resto de la familia, producir crisis a fin de modificar la estructura de subsistemas en la familia, jerarquización familiar funcional, mover a los miembros de la familia para que busquen respuestas afectivas, interrupción de secuencias disfuncionales entre los miembros del sistema y reestructuración familiar funcional. Para lograr dichos objetivos se utilizaron técnicas como desequilibramiento, complementariedad, fijación de fronteras o límites y re encuadramiento paradójico.

Fase 3: Los objetivos de esta fase fueron la evaluación de la conducta violenta del paciente identificado por medio de técnicas cualitativas como análisis de discurso y de contenido, así como la post evaluación de los resultados de las pruebas aplicadas al principio. Las técnicas utilizadas fueron el uso del familiograma para análisis estructural, observación y circularidad.

Procedimiento

El modelo de intervención se realizó a lo largo de 12 sesiones siguiendo la metodología de terapia breve adaptada al modelo sistémico estructural, aplicadas en una periodicidad semanal con duración de 60 minutos. Inicialmente se seleccionó la muestra en el consultorio de urgencias y primera vez donde se aplicó el HCR-20 para medir el riesgo de padecer comportamiento violento, donde se escogía a los pacientes que presentaban riesgo alto o moderado junto a los criterios de inclusión y exclusión. Una vez seleccionados los casos se canalizaban a dicha

intervención y se les proponía el modelo de terapia estructural siempre y cuando la familia estuviera dispuesta a asistir junto con el paciente a las sesiones. Se utilizó una grabadora de voz para registrar todas las sesiones de intervención, junto al consentimiento informado para grabar. Una vez que se aceptaban las condiciones para el tratamiento se seguía a presentar el consentimiento informado, en el cual se describía el tipo de intervención y las reglas sobre el número de sesiones aproximado y la confidencialidad de la información requerida.

La distribución de aspectos tratados según las fases del modelo de intervención en cada sesión fue la siguiente: sesión 1 (elaboración del diagnóstico individual del paciente identificado, evaluar la periodicidad e intensidad de la conducta violenta y a quien estaba dirigida dicha conducta); sesión 2 (elaboración del diagnóstico estructural con la ayuda del familiograma y de la guía para identificar la estructura familiar, para conocer la estructura familiar disfuncional y selección de los objetivos en cuanto a la reestructuración familiar); sesión 3 (definición de las metas de tratamiento); sesión 4 (redefinición del problema-queja, en relación a la conducta violenta); 5 (desplazamiento del foco de atención del individuo al resto de la familia, mediante la redefinición del síntoma); sesión 6 (producir una crisis para modificar la estructura de subsistemas en la familia de origen y nuclear mediante el desequilibramiento); sesión 7 (jerarquización dentro de un mismo subsistema, mediante la complementariedad); sesión 8 (Modificación de la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros para que busquen respuestas afectivas, mediante re encuadramiento paradójico); sesión 9 (Interrupción de secuencias disfuncionales entre los miembros del sistema mediante asignación de tareas o desequilibramiento); sesión 10 (Reestructuración familiar funcional, mediante la fijación de fronteras y límites que fueran claros y precisos); sesión 11 (aplicación del post test individual y familiar mediante el uso del familiograma y pruebas aplicadas al inicio del tratamiento); sesión 12 (evaluación de la conducta del paciente y la familia en relación a la

conducta violenta, mediante el discurso de la familia y de la propia percepción del paciente identificado).

Cabe señalar que los objetivos y estrategias descritas variaron en orden, dependiendo de las necesidades de cada uno de los casos revisados.

Resultados

Tabla 1. Datos generales

Sujetos	Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Estatus laboral	Nivel socioeconómico
A	39	M	Casado	Secundaria	Desempleado	Bajo
B	29	M	Casado	Secundaria	Obrero	Bajo
C	25	F	Casado	Carrera técnica	Negocio propio	Medio
D	62	M	Concubinato	Secundaria	Negocio propio	Medio
E	39	F	Casado	Preparatoria	Empleado	Medio
F	32	F	Casado	Secundaria	Obrero	Bajo
G	17	M	Soltero	Preparatoria	Estudiante	Bajo

En la tabla 1, se muestra las características socio demográficas de los participantes, en la que se muestran que las edades oscilan entre 17 y 62 años, con una media de 34 años, 4 pacientes corresponden al sexo masculino y 3 al sexo femenino; en cuanto al estado civil, 5 de los sujetos están casados, 1 en concubinato y 1 es soltero; en relación a la escolaridad 4 tienen secundaria, 2 con preparatoria y solo 1 con carrera técnica; en cuanto al estatus laboral 5 cuentan con un trabajo, teniendo a 1 estudiante y sólo 1 desempleado; por último el nivel socioeconómico predomina el bajo, con 4 casos y 2 con un nivel medio.

Tabla 2. Resultados de la pre y post evaluación del HCR-20

Ítems	Pre evaluación							Post evaluación						
	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G
Históricos	13	11	10	16	7	10	7	8	6	7	10	6	8	6
Clínicos	4	6	6	6	5	5	3	3	1	0	2	1	1	2
Gestión de riesgo	5	4	2	4	6	3	5	1	2	0	3	1	1	2
Total	22	21	18	26	18	18	15	12	9	7	15	8	10	10

En la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos de la aplicación del HCR-20 previa y posterior al tratamiento de los siete sujetos. Se encontró que en la pre evaluación seis de los sujetos presentaban un riesgo moderado con puntuaciones que oscilaban entre 15 y 22, sólo el sujeto D aparece con riesgo alto correspondiente a 26 puntos. Haciendo la comparación con la post evaluación podemos observar que las puntuaciones oscilan entre 15 y 7, esto quiere decir que seis de los sujetos lograron reducir el riesgo de conducta violenta de moderada a baja, y en el caso D, disminuyó de alto a moderado con una puntuación de 15 en esta segunda aplicación.

Tabla 3. Resultados de la pre evaluación del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar

Factor	Pre evaluación: EFF							
	A	B	C	D	E	F	G	
1: Involucramiento afectivo funcional	79.4%	70.5%	61.7%	89.7%	57.3%	33.8%	80.8%	
2: Involucramiento afectivo disfuncional	100%	77.2%	36.3%	22.7%	34%	79.5%	45.4%	
3: Patrones de comunicación disfuncionales	75%	56.2%	62.5%	37.5%	56.3%	31.2%	50%	
4: Patrones de comunicación funcionales	58.3%	50%	58.3%	100%	33.3	0%	100%	
5: Resolución de problemas	91.6%	58.3%	58.3%	66.6%	41.6%	16.6%	58.3%	
6: Patrones de control de conducta	37.5%	75%	50%	87.5%	12.5%	0%	37.5%	

En la tabla 3 se muestran los resultados de la pre evaluación del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar en los cuales encontramos que en el factor 1 correspondiente al

involucramiento afectivo funcional, las puntuaciones oscilan entre 57.3% y 89.7%, siendo la media de 67.6% proporcional al resultado en esta sub-escala; en el factor 2 sobre involucramiento afectivo disfuncional las puntuaciones se revelan entre 22.7% y 100%, con una media de 56.4%; en cuanto al factor 3 sobre patrones de comunicación disfuncional las puntuaciones se encuentran entre 31.2% y 75%, con una media de 52.6%; en el factor 4 de patrones de comunicación funcionales, las puntuaciones están entre 0% y 100%, con una media de 57.1%; en el factor 5 de resolución de problemas las puntuaciones oscilan entre 16.6% y 91.6%, con una media de 55.9%; en el factor 6 de patrones de control de conducta las puntuaciones se revelaron entre 0% y 87.5%, con una media de 42.8%.

Tabla 4. *Resultados de la post evaluación del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar*

Post evaluación: EFF							
Factor	A	B	C	D	E	F	G
1: Involucramiento afectivo funcional	80.8%	100%	82.3%	82.3%	17.6	36.7	73.5%
2: Involucramiento afectivo disfuncional	45.4%	20.4%	18.1%	13.6%	81.8%	70.4%	31.8%
3: Patrones de comunicación disfuncionales	50%	56.2%	37.5%	31.2%	0%	56.2%	68.7%
4: Patrones de comunicación funcionales	75%	100%	83.3%	83.3%	16.6%	66.6%	33.3%
5: Resolución de problemas	75%	100%	75%	91.6%	50%	25%	58.3%
6: Patrones de control de conducta	75%	87.5%	50%	87.5%	0%	100%	25%

En la tabla 4 se muestran los resultados de la post evaluación de la prueba EFF, de la cual encontramos en el factor 1 que las puntuaciones oscilan entre el 17.6% y el 80.8% con una media de 67.1%; en el factor 2 oscilan entre 18.1% y 70.4%, con una media de 40.2%; en el factor 3 se encuentran entre 0% y 68.7% con una media de 42.8%; en el factor 4 las puntuaciones aparecen entre 16.6% y 100%, cuya media es de 55.9; en el factor 5 las puntuaciones están entre 25% y 100% con una media de 67.8%; y por último en el factor 6 las puntuaciones se revelaron entre 0% y 100%, con una media de 60.7%.

En un análisis de la pre y post prueba podemos señalar que en cuanto al factor 2 de involucramiento afectivo disfuncional se observa una reducción del 16.2%; asimismo en el factor 3 sobre patrones de comunicación disfuncionales se reduce hasta en un 9.8% en la pos prueba; así bien en el factor 5 de resolución de problemas se incrementó el porcentaje hasta 11.9%; y por último se detecta una diferencia en el factor 6 de resolución de problemas aumentando hasta el 17.9%. En cuanto a los demás factores no se encontró diferencia significativa que mencionar.

Esto nos permite demostrar que a través de aplicar el tratamiento podemos observar en la pos prueba que hay diferencias significativas ya que se incrementó la resolución de problemas y se disminuyó el involucramiento afectivo disfuncional según los resultados obtenidos.

Tabla 5. *Resultaos de la pre evaluación y post evaluación de la escala de evaluación de la actividad global*

Resultados EEAG							
	A	B	C	D	E	F	G
Pre evaluación	40-31	60-51	50-41	40-31	70-61	70-61	70-61
Post evaluación	80-71	90-31	80-71	80-71	80-71	80-71	70-61

En la tabla 5 podemos apreciar los resultados de la pre y post prueba de la escala de la evaluación de la actividad global, en donde cuanto más se acerca a cero significa que hay mayor gravedad de sintomatología y 100 equivale a ausencia de síntomas y actividad satisfactoria en la mayor parte de las actividades. La prueba se clasifica en 10 rangos. Principalmente se observa que en seis de los casos es decir el 85.7% de la muestra disminuyeron su sintomatología inicialmente prescrita, y algunos como en el caso del paciente "A" hasta 40 puntos una diferencia de 4 rangos de 10 según esta escala, asimismo en el caso de B, C, y D, también fue significativa ya que hubo una reducción de 30 puntos cada uno, quedando E y F con una diferencia de 10 puntos y en el caso de G, que se observa no tuvo reducción en la puntuación.

En cuanto a la evaluación de la conducta violenta, los pacientes relataban que habían erradicado por completo, incluso dejaron de arrojar objetos con la intención de dañar; si bien no todos los pacientes eran violentos verbales, se obtuvo que la mayoría que sí lo eran habían dejado de agredir a sus familiares, siendo esto corroborado por los propios familiares.

En cuanto a las familias se observó que hubo un incremento en su comunicación, ya que la mayoría tenían una comunicación deficiente o disfuncional. Otro de los resultados fue que los pacientes que eran dependientes de sus familias dejaron de serlo debido a que se daban cuenta que esto provocaba discusiones y problemas en el propio núcleo familiar.

Nos pudimos dar cuenta en algunos casos donde aparentemente uno de los integrantes era violento, había alguien que era respondía con igual un nivel de violencia, por lo que se trabajó en esa circularidad a fin de que se dieran cuenta que la violencia no erradicaría hasta que se dieran cuenta los familiares de como la seguían manteniendo.

Otro de los aspectos que pudimos darnos cuenta, es que la mayoría de los pacientes no contextualiza su conducta como violenta, más bien la perciben como un estilo de vida que no conciben como “malo” o grave para los otros miembros de la familia.

Discusión

De acuerdo a los resultados aquí presentados podemos constatar la eficacia de la intervención desde el enfoque sistémico estructural, empleado en la muestra de pacientes ambulatorios de una clínica psiquiátrica. La eficacia del tratamiento se manifiesta en distintos aspectos que se presentan a continuación:

1. Se debe tener en cuenta la relevancia de hacer una evaluación adecuada de lo que se quiere modificar para así obtener una serie de objetivos que apunten a un mismo sentido o dirección, ya que pueden ser diversas las demandas del paciente hacia la terapia.

2. La identificación de los miembros de la familia con los cuales se va a trabajar, ya que hay elementos que son clave en el momento de realizar la restructuración familiar, asimismo el número de sesiones tienen que ser las adecuadas para lograr cambios.
3. Hacer un pertinente contrato terapéutico con las personas implicadas en la relación de violencia, ya que no podemos exponer a los miembros a ser víctimas de un nuevo ataque de la persona identificada violenta.
4. Ayudar a vislumbrar a la familia que está haciendo cada uno de ellos para mantener esa conducta, sin culpar a nadie de eso, más bien responsabilizar para entonces generar el cambio.
5. Fijación límites entre subsistemas parentales y la familia nuclear.
6. Proveer a cada integrante del sistema el rol que le corresponde de autoridad u obediencia.

Los hallazgos encontrados en este proyecto de intervención son congruentes con lo que postula Freddy y Dávila (2012), sobre el enfoque del tratamiento terapéutico a provocar cambios en los patrones de interacción circular, en lugar de centrarse en alterar la conducta de alguno de los actores de episodios violentos ya que como vimos la aplicación del enfoque sistémico modelo estructural obtuvimos cambios en la dinámica del sistema y por consiguiente una reducción hasta ahora significativa de la conducta violenta como supuesto síntoma de esas interacciones familiares que encontramos como disfuncionales en nuestra muestra.

Asimismo concordamos con Pérez, Jiménez & Sampere (2012), quienes hacen una revisión de la literatura sobre la eficacia de la psicoterapia grupal multifamiliar y la terapia multisistémica para el tratamiento de adolescentes con diagnóstico de trastorno del comportamiento perturbador, en el cual constatan, que la hospitalización en adolescentes con trastorno perturbador, y su efectividad en cuanto a la reducción de las conductas externalizantes y en la mejora del funcionamiento familiar. Por otra parte, se reveló que en la terapia sistémica

se tiene menos recaídas en cuanto a problemas de conducta, a diferencia de recibir terapia individual.

Referencias bibliográficas

- Arbach K & Pueyo A. (2007). Valoración del riesgo en violencia en enfermos mentales con el HCR-20. Papeles del psicólogo. C.L.: 15-10-2011.
- Cárdenas Y. & Ortiz D., (2008) Violencia en la pareja. Revista Mosaico. C.L.: 10-12-2012
- Fisman H. (1988). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Buenos Aires: Paidós.
- Giles-Sims, J. (1983). *Wife-Beating: A Systems Theory Approach*. New York: Guilford.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2005).
- Mrazek, D. & Mrazek, P. (1985). *Child maltreatment*. In M. Rutter & H. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* (pp. 679-697). Oxford: Blackwell.
- Minuchin S, & Fishman H. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Ediciones Paidós Barcelona-Buenos Aires
- Organización Mundial de la salud, (2002). *Informe mundial sobre violencia y la Salud*.
- Ostroski F. (2008). *La violencia en tu cerebro*. Ed. Quo. Pag. 21-110.
- Pérez M., Jiménez J. & Sampere J., 2012. *Psicoterapia grupal multifamiliar y terapia multisistémica para adolescentes con trastorno del comportamiento perturbador*. Revista de psiquiatría. Obtenido de <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/54595/>
- Soria R., Montalvo J. & Herrera P. (1998). Terapia sistémica en un caso de esquizofrenia. Revista electrónica de psicología de Iztacala. C.L.: 20-11-2011 De: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22848/21572>
- Velasco M. & Luna M. (2006). *Instrumentos de Evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax.

Webster, Ch., Douglas K., Eaves D. & Hart S. (2005). *Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. España: Universitat de Barcelona

APÉNDICE C

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
FACULTAD DE PSICOLOGIA
INSTITUTO DE INVESTIGACION Y POSGRADO
Carta de consentimiento informado

Introducción

El Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, en conjunto con la clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, desarrolla una intervención con terapia sistémica, modelo estructural para aplicarla a pacientes de la clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

Propósito

El objetivo de la intervención es aplicar este modelo al paciente y a su familia, para lograr disminuir considerablemente la conducta violenta física, verbal que presentan algunos pacientes ambulatorios de dicha clínica en su entorno familiar, como social.

Procedimientos

- 1) Diagnóstico individual y estructural familiar
- 2) Aplicación de técnicas
- 3) Evaluación de resultados de intervención

Mención de riesgos

El estudio tiene un carácter cualitativo y cuantitativo, donde los datos obtenidos serán tratados con la prudencia que las normas éticas de la profesión implican para los responsables. La identidad de los participantes será cuidadosamente mantenida en confidencialidad.

Responsabilidad del paciente

La responsabilidad recae en la cooperación del paciente para aceptar una intervención psicoterapéutica acompañada de su contexto familiar, en la contestación de las preguntas y la participación voluntaria para hablar de su historia de vida.

Confidencialidad

Los datos obtenidos serán para uso exclusivo del estudio. Para el caso de los documentos administrativos y científicos que se deriven de la investigación, la identidad de los participantes será confidencial.

Reporte de resultados

Los resultados obtenidos serán reportados al Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, en forma de un documento que avale la presente investigación.

Nombre

Firma

____ / ____ / ____

Fecha

Psic. Má de los Ángeles Janeth Pérez Jaramillo

Mtro. Pedro Hernández Sánchez

Dra. Angelina González Hurtado

Maestría en Psicología, UASLP.

APÉNDICE D

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRABAR

Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
FACULTAD DE PSICOLOGIA
INSTITUTO DE INVESTIGACION Y POSGRADO
Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Fecha: _____

Yo, _____ acepto que se utilice una grabadora en la sesión de psicología de la institución Everardo Neumann Peña, con el propósito de proveer esta información para la realización de un proyecto de investigación de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, cuyo propósito es intervenir con pacientes ambulatorios en la disminución o erradicación de conductas impulsivas o violentas junto al acompañamiento familiar indicado en el proceso terapéutico.

Nota: La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación intervención. Una vez escuchadas las grabaciones, los cassettes se destruirán.

Anticipadamente le agradecemos su participación.

Psic. Má de los Ángeles Janeth Pérez Jaramillo
Mtro. Pedro Hernández Sánchez
Dra. Angelina González Hurtado
Maestría en Psicología, UASLP.

APÉNDICE E

CONSULTA AL AUTOR SOBRE EL USO DE LA PRUEBA HCR-20

Imprimir mensaje - Outlook

Página 1 de 1

Re: Article HCR-20

De: **Kevin Douglas** (douglask@sfu.ca) Este remitente está en tu lista de contactos.
Enviado: miércoles, 15 de febrero de 2012 09:51:34 p.m.
Para: Janeth Pérez Jaramillo (janethpsic@hotmail.com)

My pleasure, Janeth.

All the best,

Kevin Douglas

Sent from my iPhone

On Feb 15, 2012, at 7:41 PM, Janeth Pérez Jaramillo <janethpsic@hotmail.com> wrote:

Thank you very much for sharing your research work. I will work with violent patients in a psychiatric institution.
Greetings professor....

> Date: Wed, 15 Feb 2012 16:43:50 -0800
> From: douglask@sfu.ca
> To: janethpsic@hotmail.com
> CC: mcollins@sfu.ca
> Subject: Re: Article HCR-20
>
> Sure, please find it attached. Good luck with your project.
>
> Kevin Douglas
>
> ----- Original Message -----
> From: "Janeth Pérez Jaramillo" <janethpsic@hotmail.com>
> To: douglask@sfu.ca, mcollins@sfu.ca
> Sent: Wednesday, February 15, 2012 2:28:34 PM
> Subject: Article HCR-20
>
>
> Hi Dr. Kevin Douglas and Michelle Collins. I want to know how y can get this article:
Belfrage, H. & Douglas, K. (2002). Treatment effects on forensic psychiatric patients
measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. Y want to get because iám
going to work with a proyect about the effects about a treatment
>
> Thank you.
> Janeth. México city.
>

<https://bay168.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=7fbd29e3-5851-11e1-b9f4-...> 04/09/2013

APÉNDICE F

FORMATO DE CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Cuestionario del funcionamiento familiar (EFF)

Nombre: _____ Fecha: _____

Lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.

Todos los enunciados se refieren a los aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación. Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una X el número que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala:

Totalmente de acuerdo (5)
 De acuerdo (4)
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
 En desacuerdo (2)
 Totalmente en desacuerdo (1)

1. Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
2. Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
3. En mi familia ocultamos lo que pasa	1	2	3	4	5
4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
6. Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa	1	2	3	4	5
7. Cuando se me presenta algún problema me paraliza	1	2	3	4	5
8. En mi familia acostumbramos a discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
9. Mi familia es flexible en cuanto a las normas	1	2	3	4	5
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
12. Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13. Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo	1	2	3	4	5
14. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5
15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	1	2	3	4	5
16. Cuando tengo algún problema se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres del hogar	1	2	3	4	5
18. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19. Me siento apoyado(a) por mi familia	1	2	3	4	5
20. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21. Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
22. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5

23. Si falla una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24. En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25. En mi casa mis decisiones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26. Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
28. En mi familia si una regla no se puede cumplir, la modificamos	1	2	3	4	5
29. Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30. En casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
31. Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias	1	2	3	4	5
32. Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
33. Si estoy enfermo mi familia se detiene	1	2	3	4	5
34. En mi casa cada quien se guarda sus problemas	1	2	3	4	5
35. En mi casa nos decimos las cosas abiertamente	1	2	3	4	5
36. En mi casa logramos resolver los problemas	1	2	3	4	5
37. Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	1	2	3	4	5
38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
40. En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta	1	2	3	4	5

APÉNDICE G

FORMATO DE ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL

100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90 81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70 61	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 51	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50 41	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20 11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

APÉNDICE H
FORMATO DE ENTREVISTA PARA IDENTIFICAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Guía de Entrevista para Identificar la Estructura Familiar
(Montalvo y Soria)

Entrevistado: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

I. Jerarquía

1. ¿Quién toma la mayoría de las decisiones en casa?

2. ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe y no hacer en casa?

3. ¿Quién las hace respetar?

4. ¿Quién decide lo que se premia y/o se castiga?

5. ¿Quién premia y/o castiga?

6. ¿En ausencia de los padres quien toma las decisiones, premia, castiga, etc.?

Conclusión: _____

II. Centralidad

1. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se tienen más quejas?

2. ¿Quién? y ¿Por qué?

3. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable más positivamente?

4. ¿Quién? y ¿Por qué?

5. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable negativamente?

6. ¿Quién? y ¿Por qué?

7. ¿Hay algún miembro de la familia que destaque mas en algún aspecto en relación a los otros?

8. ¿Quién? y ¿Por qué?

9. ¿Hay algún miembro de la familia alrededor del cual giren la mayoría de las relaciones familiares?

10. ¿Quién? y ¿Por qué?

Conclusión: _____

III. Periferia

1. ¿Hay algún miembro de la familia que casi nunca este en la casa?

2. ¿Quién? y ¿Por qué?

3. ¿Existe alguien que casi no participe en las relaciones familiares?

4. ¿Quién? y ¿Por qué?

5. ¿Existe alguien que no se involucre en la resolución de los problemas familiares?

6. ¿Quién? y ¿Por qué?

7. ¿Existe alguien que nunca o casi nunca de opiniones al respecto a los asuntos de la familia?

8. ¿Quién? y ¿Por qué?

Conclusión: _____

IV. Limites y Geografía

a) Subsistema conyugal

1. ¿Mama esta siempre interesada en conocer y participar en todas las actividades que hace papa y viceversa? _____

2. ¿Como lo demuestra?

3. ¿Papa y mama tienen amistades en común? _____

4. ¿Papa y mama tienen amistades personales por separado? _____

5. ¿En relación a lo anterior existe algún problema? ¿Cual?

b) Subsistema parental-hijos

1. ¿Papa y mama discuten en presencia de los hijos? _____

2. ¿Alguno de los padres comenta con alguno de los hijos sus problemas conyugales?

3. ¿Los hijos saben lo que deben y no hacer la mayoría de las veces?

4. ¿Los hijos saben la mayoría de las veces por cuales comportamientos pueden ser premiados o castigados? _____

5. ¿Las reglas en relación con lo que se debe hacer y no son explicadas verbalmente a los hijos?

6. ¿Cada hijo sabe o no cuáles son sus actividades o funciones en la familia?

7. ¿Ambos padres saben o no cuales son las actividades o funciones que deben desempeñar cada uno de sus hijos? _____

8. ¿Se acostumbra que los hijos tengan que contar a uno o a ambos padres todo lo relacionado con sus vidas? _____

9. Hay diferencias o no en cuanto a los premios, castigos y reglas en cuanto a la edad de los hijos? _____

10. ¿Se acostumbra que algún hijo premie, castigue, llame la atención, etc. a sus hermanos? _____

c) Al exterior

1. ¿Existen algunas personas fuera de los padres que tengan que ver con la implantación de reglas, premios, castigos, etc.?

2. ¿Existen algunas personas a quien algún miembro de la familia consulte para la toma de decisiones? ¿A quién? y ¿Sobre qué?

3. ¿Existen algunas personas a quien algún miembro de la familia siempre le cuente lo que ocurre en la misma? ¿Quién? y ¿Qué le cuenta?

4. ¿Existe alguna persona fuera de la familia nuclear que intervenga en los problemas conyugales? ¿Quién?

5. ¿Qué tipo de relación tienen los miembros de la familia con: Parientes, amigos, vecinos, etc.?

d) Geografía

1. ¿Cada miembro de la familia tiene su espacio personal? ¿Cuál? ¿Es respetado? ¿Quién no respeta el espacio de quién y cómo? Ejemplos

2. ¿Hay espacios compartidos? ¿Cuáles y de Quienes?

3. ¿Se respetan las propiedades individuales? _____

4. ¿Quién no respeta y cómo? Ejemplos

Conclusión: _____

V. Alianzas

1. ¿Quién suele unirse para obtener premios, favores, dinero, que se haga algo, etc.? Ejemplos.

Conclusión: _____

VI. Coaliciones

1. ¿Quién suele unirse para castigar, dañar, atacar, perjudicar, descalificar, etc. a otro? ¿A quién o a quienes? Ejemplos.

Conclusión: _____

VII. Conflictos

1. ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre papa y mama? Ejemplos.

2. ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre papa y/o mama y algún hijo? ¿Quién? Ejemplos.

3. ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre hermanos? ¿Quiénes? Ejemplos.

4. ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre algún miembro de la familia y alguna otra persona? ¿Quiénes? Ejemplos.

Conclusión: _____

VIII. Sobreinvolucramiento

1. ¿Existen miembros de la familia que se necesitan mutuamente para casi todo, todo se cuentan entre sí, uno es el preferido del otro y viceversa, se protegen y cuidan en exceso mutuamente, se pelean y están en competencia con frecuencia? ¿Quiénes? Ejemplos.

Conclusión: _____

IX. Padres en Función de Hijo

1. ¿Un padre se comporta frecuentemente como si fuera un niño o adolescente, se la pasa peleando y/o jugando con sus hijos, estos no lo obedecen, hace todo lo que le manda su cónyuge? ¿Quién? Ejemplos.

APÉNDICE I

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

Historia clínica				
No. De caso: _____ Fecha: _____ Expediente individual: _____				
I. Información general				
Nombre del P.I.: _____ Edad: _____ Sexo: _____				
Domicilio: _____				
Colonia: _____ C.P.: _____ Tel: _____				
Cel: _____ Fecha de la primera entrevista: _____				
Terapeuta o entrevistador: _____				
No. De sesión: _____				
II. Datos socio demográficos				
Lugar de nacimiento: _____				
Fecha de nacimiento: _____				
Escolaridad: _____ Ocupación: _____				
Religión: _____				
Nombre del padre: _____				
Lugar de nacimiento: _____				
Escolaridad: _____ Ocupación: _____				
Nombre de la madre: _____				
Lugar de nacimiento: _____				
Escolaridad: _____ Ocupación: _____				
	Vivienda	Propiedad	Privada	Compartida
1. Casa	_____	_____	_____	_____
2. Depto	_____	_____	_____	_____
3. Terreno	_____	_____	_____	_____
4. Con la familia	_____	_____	_____	_____
Relación actual:				
1. Union libre 2. Civil 3. Religión 4. Religioso y civil 5. Separados 6. Divorciados				
7. Padre soltero (a) 8. Viudo (a) 9. Noviazgo 10. Sin relación actual				
III. Estudios				

Estudia actualmente si() no()

	Completa	Incompleta
Primaria	_____	_____
Secundaria	_____	_____
Preparatoria	_____	_____
Estudios comerciales	_____	_____
Universidad	_____	_____
Posgrado	_____	_____
Otros estudios	_____	_____

Descripción del paciente:

IV. Motivo de consulta:

V. Historia familiar

Viven los padres

Madre si () no ()

Padre si () no ()

Edad del paciente cuando falleció:

Su madre: _____ Su padre: _____

Separación de los padres: _____ Divorcio de los padres: _____

Causas: _____

Antecedentes familiares patológicos (Marque con un 1 si se presenta o con un 0 si están ausentes)

Enfermedad mental () Alcoholismo ()

Drogadicción () Epilepsia ()

Abandono () Depresión ()

Suicidio () Infidelidad ()

Familiograma

Composición familiar

Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil

Vivió con alguna otra persona: _____ Relación o parentesco: _____

Con quién vive actualmente: _____

VI. Familia actual

Si el paciente no es soltero conteste lo siguiente:

Ha estado casado: si () No()

Por cuánto tiempo: _____ ¿Cuántas veces ha estado casado? _____

Si ha estado casado (a) más de una vez indique como terminaron sus matrimonios:

Si está casado(a) actualmente: Vive su esposo (a): si () No()

¿Qué edad tiene? _____ Número de años de casado (a): _____

Si esta separado (a) o divorciado (a) actualmente tiene contacto con su esposo (a):

¿De qué tipo? _____

Tiene hijos: _____ ¿Cuántos? _____

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación
--------	------	-------------	-----------

1. _____

- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Existen hijos fuera del matrimonio: _____

Tipo de relación que tiene con ellos: _____

VII. Datos significativos recientes:

- 1. Cambio de residencia _____
- 2. Accidentes: _____
- 3. Muerte: _____
- 4. Separación: _____
- 5. Divorcio: _____
- 6. Problemas escolares: _____
- 7. Pérdida de empleo: _____
- 8. Enfermedades: _____
- 9. Problemas económicos: _____
- 10. Asalto: _____
- 11. Secuestro: _____
- 12. Cárcel: _____

VIII. Pautas de ajustes durante la vida diaria

- 1. Vocacionales

Logros académicos: _____

Fracasos académicos: _____

Causas: _____

Actitudes hacia maestros: _____

Actitudes hacia compañeros: _____

Intereses especiales en algún área: _____

- 2. Laborales

Edad en la que empezó a trabajar: _____

Tipo de trabajo: _____

Duración en el trabajo: _____

Trabaja actualmente Si () No ()

Empresa: _____ Domicilio: _____

Tipo de trabajo: _____ Duración en el trabajo: _____

Otros trabajos: _____

Tipo de trabajo: _____ Duración en el trabajo: _____

Puestos alcanzados: _____

Actitud hacia patrones o jefes: _____

Actitud hacia subalternos: _____

Puntualidad en los trabajos: _____

Ausentismo en los trabajos: _____

3. Sociales

Tiene amigos (as) Si () No () Número de amigos (as) _____

Se reúne con ellos (as) Si () No ()

Se considera tímido (a) Si () No () Extrovertido (a) Si () No ()

Pertenece a algún club Si () No () ¿Cuáles? _____

Le agradan las fiestas Si () No ()

En qué se divierte: _____

Sexo que prefiere para relacionarse: _____

4. Familiares

Tipo de relación con el padre: _____

Tipo de relación con la madre: _____

Tipo de relación con la esposa (o): _____

Tipo de relación con los hermanos: _____

Con las hermanas: _____

Con los hijos: _____

Visita a sus padres: _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Si fuera divorciado, visita a sus hijos Si () No () ¿Cuánto tiempo les dedica? _____

Marque con un 1 si se presenta y un 0 si están ausentes:

Incomprensión familiar ()

Conflictos ()

Sobreprotección ()

Abandono ()

Aislamiento ()

Berrinches ()

Conducta impulsiva ()

Violencia física ()

Violencia verbal ()

Manejo familiar de todo lo anterior:

5. Sexuales

(Mujer) Inicio menarca: _____ Actitud: _____

¿Cómo adquirió información sexual: _____

Edad en la que tuvo su primera relación sexual: _____

Distractibilidad ()	Confusión ()
Hiperalerta ()	Anestesia ()
Ansomnia ()	Ilusiones ()
Alucinaciones ()	Despersonalización ()

Comentarios pertinentes:

1. Intelecto

Capacidad intelectual ()	Capacidad de cálculo ()
Conocimientos generales ()	Capacidad de concentración ()

Comentarios pertinentes:

2. Pensamiento

Preocupaciones ()	Obsesiones ()
Ideas recurrentes ()	Ideas fijas ()
Ideación suicida ()	Delirios ()
Pensamiento abstracto ()	Abundancia de ideas ()
Escasez de ideas ()	Fuga de ideas ()
Pensamiento lento ()	Pensamiento rápido ()
Habla incoherente ()	Neologismos ()
Evasión ()	Vaguedad ()

Condensación ()

Comentarios pertinentes:

3. Afecto

Depresión ()	Desesperación ()
Irritación ()	Ansiedad ()
Euforia ()	Enojo ()
Atemorizado ()	Culpable ()
Vacío ()	Afecto inadecuado ()
Afecto plano ()	Pánico ()
Afecto deprimido ()	Preocupación ()

Desconfianza ()

Ira ()

Miedo ()

Odio ()

Comentarios pertinentes

4. Conductas

Tics ()

Manierismos ()

Gestos ()

Estereotipias ()

Ecolalia ()

Tartamudeo ()

Rigidez ()

Postura tensa ()

Postura relajada ()

Caminar torpe ()

Caminar ágil ()

Convulsiones ()

Actitud cooperadora ()

Actitud atenta ()

Actitud defensiva ()

Actitud hostil ()

Actitud evasiva ()

Actitud bromista ()

Impulsividad ()

Actitud seductora ()

Inquietud ()

Comentarios pertinentes :

5. Orientación

Tiempo ()

Lugar ()

Persona ()

6. Memoria

Alteración de memoria remota () Alteración del pasado reciente ()

Alteración de memoria reciente () Retención inmediata y capacidad de recordar ()

7. Control de impulsos

Control de la agresión ()

Control de la sexualidad ()

8. Insight

Negación de la enfermedad ()

Conciencia de estar enfermo (a) ()

Ligera conciencia de necesitar ayuda ()

XII. Funciones integrativas (relaciones)

1. Relación consigo mismo

a) Concepto de sí mismo : _____

b) Ego ideal: _____

c) Superego : _____

d) Relaciones con personas (actual)

a) Principales vínculos formados: _____

b) Modalidades en las que se expresa el afecto : _____

c) Modalidades en las que se expresa la agresión: _____

2. Relación con su conducta violenta

a) Es consciente de su conducta violenta: _____

b) Concepto que tiene de dicha conducta: _____

c) Descripción de la conducta violenta del paciente: _____

d) Involucrados (familiares o personas externas): _____

e) Período de mayor intensificación de la conducta: _____

f) Causas principales: _____

g) Reacción del paciente a consecuencias de dicha conducta _____

APÉNDICE J

EVIDENCIAS DE LAS ACTIVIDADES DE RESIDENCIA

Estimado(a) María de los Ángeles Janeth Pérez Jaramillo:

El Comité de Admisión ha considerado cuidadosamente su solicitud de admisión, y nos complace invitarlo(a) a inscribirse en la Maestría en Psicología de la UASLP bajo la dirección y asesoramiento de el Mtro. Pedro Hernández Sánchez en la línea de formación profesional Psicología y Salud. Es importante mencionar que el proyecto de investigación que propuso, deberá modificarse para satisfacer los criterios de calidad y viabilidad de la Maestría en Psicología. Si decide aceptar nuestra invitación **bajo estas condiciones**, le pedimos que por favor nos lo haga saber mediante un correo-e a más tardar el Miércoles 20 de Julio antes de las 2pm, de lo contrario asumiremos que declinó la invitación. En caso de que no se le haya asignado al director de su preferencia, tiene la opción de volver a concursar en la convocatoria de admisión del próximo año.

A aquellos que decidan participar en el programa, les pedimos que se presenten el 11 o 12 de Agosto a inscribirse formalmente, lo cual implica el pago de la solicitud de inscripción, la inscripción, la colegiatura del mes de Agosto, la credencial de estudiante, y el seguro de estudiantes. Les recordamos que CONACYT es la instancia que otorga becas, y que no están garantizadas. Es su responsabilidad mantenerse al tanto en las colegiaturas independientemente de que CONACYT le haya o no concedido la beca. Además debe tener presente de que las becas pudieran hacerse efectivas a finales de Octubre o principios de Noviembre, y que mientras tanto, deberán solventar los costos de la maestría y su manutención. Los alumnos inscritos deberán presentarse al curso introductorio el 15 de Agosto.

Sin más por el momento los miembros del Comité de Admisión deseamos felicitarlo(a) y esperamos tener la oportunidad de contar con su presencia en el programa.

Sinceramente,

Dra. Ma. Antonia Reyes Arellano
Coordinadora de la Maestría en Psicología
Instituto de Investigación y Posgrado
Facultad de Psicología, U. A. S. L. P.

Omar Sánchez-Armáss Cappello, Ph. D.
Jefe del Instituto de Investigación y Posgrado
Facultad de Psicología, U. A. S. L. P.

--

Omar Sánchez-Armáss Cappello
Instituto de Investigación y Posgrado
Facultad de Psicología, U. A. S. L. P.
Carr. Central Km. 424.5
C.P. 78494
San Luis Potosí, S. L. P.
Tel. (444) 816-3523
Fax. (444) 818-2522



SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO
SAN LUIS POTOSÍ



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"
UNIDAD ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA

AREA: DIRECCION
SUBDIRECCION: MÉDICA
JEFATURA: ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DOMICILIO: KM. 8.5 CARRETERA A MATEHUALA S.D.G.S. 78430
NÚMERO DE OFICIO: 1257713
NO. CLASIFICACION: 24.8

ASUNTO: Carta de Aceptación.

Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. 5 SEP 2013

DR. OMAR SÁNCHEZ – ARMÁSS CAPELLO
JEFE DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA U.A.S.L.P.
AV. INDUSTRIAS No. 101
COL TALLERES CP 78040
SAN LUIS SPOTOSÍ, S.L.P.

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS
CONTENIDOS EN EL ANGULO SUPERIOR DERECHO

Por este medio doy a conocer que se autorizó realizar la Residencia de la Maestría en Psicología de la Salud a la Lic. Psic. María de los Ángeles Janeth Pérez Jaramillo.

1. El periodo de autorización para su asistencia en la institución fue a partir del mes de octubre de 2011 al 31 de julio del año en curso.
2. Estuvo a cargo del Dr. Gabriel de Jesús Alejo Galarza; Subdirector Médico.
3. Contó con la supervisión directa del Dr. Luis Fernando Guerrero Herrera; Jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación.
4. Sus actividades fueron de carácter académico y voluntario, sin compromiso laboral para la institución.

ATENTAMENTE
DIRECTORA

DIRECTO

DRA. ELIA DEL CARMEN ECHEVERRÍA CARRERA

c.c.p.- Dr. Gabriel de Jesús Alejo Galarza; Subdirector Medico.- Clínica.
c.c.p.- Dr. Luis Fernando Guerrero Herrera; Jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación.- Clínica
c.c.p.- Expediente Personal.
c.c.p.- Archivo.
GJAG/LFGH/MMPB/me*

*"2013, Año del 150 Aniversario de San Luis
Potosí, como Capital de los Estados Unidos
Mexicanos"*



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"
UNIDAD ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA

AREA: DIRECCIÓN
SUBDIRECCIÓN: MÉDICA
JEFATURA: ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN
DOMICILIO: KM. 8.5 CARRETERA A MATEHUALA S.D.G.S. 78430
NÚMERO DE OFICIO: 1230713
NO. CLASIFICACION: 24.10

ASUNTO: Constancia

LA DIRECTORA DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

HACE CONSTAR:

Que la Lic. Psic. María de los Ángeles Janeth Pérez Jaramillo de la Maestría en Psicología de la Salud, finalizó su Residencia en esta institución, iniciando en octubre de 2011 a julio del 2013, realizando funciones de Investigación, docencia, atención directa al paciente en la elaboración e implementación del Proyecto, Coordinación y Capacitación en Cursos.

A solicitud de la interesada y para los usos administrativos que a la misma convengan, se extiende la presente en el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. a los cuatro días del mes de septiembre de dos mil trece.

ATENTAMENTE

DRA. ELIA DEL CARMEN ECHEVERRÍA CARRERA

DIRECTO

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS
CONTENIDOS EN EL ANGULO SUPERIOR DERECHO

c.c.p.- Expediente Personal
c.c.p.- Archivo.
GJAG/LFGH/me*

"2013, Año del 150 Aniversario de San Luis
Potosí, como Capital de los Estados Unidos
Mexicanos"