



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA SISTÉMICA ESTRUCTURAL Y
DEPRESIÓN**

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad
profesional en Psicoterapia Familiar Sistémica

Autora:

Flores Prado, Marta

Asesor:

Manrique Rivera, Ilich Alexis

ORCID: 0000-0002-8431-1118

Jurado:

Cerna Hoyos, José Alberto

Ramírez Magallanes, Olga Ada

Peña Correa, Giovana Britt

Lima - Perú

2023



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA SISTÉMICA ESTRUCTURAL Y DEPRESIÓN

Línea de investigación:

Salud Mental

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad profesional en
Psicoterapia Familiar Sistémica

Autora:

Flores Prado, Marta

Asesor:

Manrique Rivera, Ilich Alexis

Código ORCID: 0000-0002-8431-1118

Jurado:

Cerna Hoyos, José Alberto
Ramírez Magallanes, Olga Ada
Peña Correa, Giovana Britt

Lima – Perú
2023

INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA SISTÉMICA ESTRUCTURAL Y DEPRESIÓN

INFORME DE ORIGINALIDAD

30%

INDICE DE SIMILITUD

29%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica Nordestana Trabajo del estudiante	2%
2	www.bibliotecacochrane.com Fuente de Internet	2%
3	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	multitareas.net Fuente de Internet	1%
5	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
6	nicogamca.blogspot.com Fuente de Internet	1%
7	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	www.polemos.com.ar Fuente de Internet	1%

Pensamientos

Te hacen daño, mamá y papá así proceden, no queriendo quizá, sobre ti derraman sus defectos y por tu amor inventan nuevos.

Philip Larkin

Las familias acuden a un terapeuta especializado cuando están atascadas en una situación que demanda cambios cuya posibilidad ellas no advierten en su repertorio.

Milton H. Erickson

Dedicatoria

Dedicado a mi familia y consultantes de quienes, a través de las experiencias e interacciones con ellos, aprendo y aplico los conocimientos adquiridos.

Agradecimientos

Mi mayor agradecimiento es para la Universidad Nacional Federico Villarreal, permitiéndome seguir la especialización en terapia familiar sistémica.

Agradezco a todos los profesores y asesores que se dieron tiempo para compartir sus enseñanzas y el modelo de terapeuta familiar.

A mis hijos, quienes me apoyaron con el tema del uso de programas en la computadora.

Índice

Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	11
1.1. Descripción del problema	12
1.2. Antecedentes	13
1.2.1. Antecedentes nacionales	13
1.2.2. Antecedentes internacionales	15
1.2.3. Fundamentación teórica	16
1.3. Objetivos	24
1.4. Justificación	25
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	25
II. Metodología	26
2.1. Tipo y diseño de investigación	26
2.2. Ámbito temporal y espacial del estudio de caso	26
2.3. Participantes.....	26
2.4. Técnicas	26
2.4.1. Descripción de las técnicas usadas	27
2.4.2 Evaluación psicológica	28
2.5. Plan de Intervención	33
2.5.1. Plan de intervención y calendarización.....	34
2.5.2. Programa de intervención	35
2.6. Consideraciones éticas	41
III. Resultados.....	43
3.1 Análisis de los resultados	43

IV. Conclusiones	43
V. Recomendaciones	44
VI. Referencias	46
VII. Anexos	50

Índice de tablas

Nº		pág.
1.	Composición familiar	33
2.	Protocolo de intervención.	34
3.	Sesiones psicoterapéuticas.....	36

Índice de figuras

Nº		pág.
1.	Genograma pre-terapia	51
2.	Genograma post-intervención	52

Resumen

El presente caso clínico corresponde a la intervención psicoterapéutica de una adolescente de 18 años diagnosticada con depresión, en la familia existen otros indicadores disfuncionales como el consumo de alcohol del padre desde hace una década. El objetivo de la intervención terapéutica es la reducción de los indicadores depresivos de la paciente a través de la introducción de cambios en la estructura familiar eliminando las disfunciones sistémicas y propiciando un mejor clima familiar (Cabrera, 2019). El caso se desarrolló en 06 sesiones: se trabajaron las estructuras sistémicas (fronteras, jerarquías, comunicación), el rol disfuncional del padre quien propiciaba a través de sus conductas un ambiente familiar disfuncional. El proceso de intervención se inicia trazando el mapa familiar, se analizó la demanda desde los consultantes, los intentos de solución ensayados y los cambios esperados desde la misma familia.

Palabras clave: Depresión, familia disfuncional, psicoterapia estructural.

Abstract

The present clinical case corresponds to the psychotherapeutic intervention of an 18-year-old adolescent diagnosed with depression. In the family there are other dysfunctional indicators such as the father's alcohol consumption for a decade. The objective of the therapeutic intervention is to reduce the patient's depressive indicators through the introduction of changes in the family structure, eliminating systemic dysfunctions and promoting a better family climate (Cabrera, 2019). The case was developed in 06 sessions: the systemic structures were worked on (borders, hierarchies, communication), the dysfunctional role of the father who fostered a dysfunctional family environment through his behavior. The intervention process begins by drawing the family map, the demand from the consultants, the attempted solutions tried and the changes expected from the family itself were analyzed.

Keywords: Depression, dysfunctional family, structural psychotherapy.

I. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente estudio de caso consiste en la intervención psicoterapéutica del sistema familiar de una adolescente de 18 años atendida en un policlínico de una parroquia del distrito de San Miguel (Lima). La cliente presenta depresión moderada y síntomas de ansiedad de acuerdo a las pruebas aplicadas (Inventario de Depresión de Beck e Inventario Clínico Multiaxial de Millon), su contexto familiar es disfuncional (APGAR familiar) y en los niveles de ansiedad, la comorbilidad con los trastornos depresivos es elevada. Wu y Anthony (2000) refieren que las estadísticas reflejan que la depresión es uno de los trastornos más frecuentes y que afecta en mayor medida a las mujeres.

El Ministerio de Salud (Minsa, 2023) indicó que este tipo de males se incrementó en un 20% en el 2022, así, el 84 % de personas diagnosticadas con un trastorno de ansiedad generalizada también presenta un trastorno depresivo. Por el contrario, según señala el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF, 2022), respecto a la funcionalidad familiar:

“cuando los padres, madres o cuidadores están bien emocionalmente, sus hijos e hijas sienten esa seguridad y también les transmiten esa tranquilidad. Es una capacidad recíproca la de reconocer el estado emocional y resolverlo en los momentos de estrés. Gracias a estas experiencias los niños aprenden a regular y expresar sus propias emociones” (p.36).

La intervención consistió en aplicar técnicas sistémicas estructurales y constructivistas, buscando disminuir y eliminar los indicadores de la depresión, así como también restablecer las relaciones familiares que inicialmente se mostraron disfuncionales.

En capítulo I se presenta el problema, mencionando los antecedentes tanto nacionales como internacionales; se plantean los objetivos, se hace mención de la justificación del estudio, y los impactos esperados. En II capítulo se detalla la metodología, la entrevista psicológica, la intervención, el plan y programa de intervención. En el capítulo III se plasman los resultados.

En capítulo IV y V se señalan las conclusiones y recomendaciones y, finalmente se presentan las referencias bibliográficas, de acuerdo con las normas APA.

1.1. Descripción del problema

En el Perú, más de 650 mil atenciones fueron por depresión siendo esta una de las causas de atención más frecuentes. A nivel global de las atenciones cubiertas por el Seguro Integral de Salud (SIS) el 77% fueron de afiliadas mujeres y el 23%, de hombres (Minsa, 2023). Es por ello que una atención oportuna y un tratamiento especializado se presenta como una manera de cuidar la salud mental de la población y de las familias que presentan algún miembro con este padecimiento. Alzuri et. al. (2017) señalan que la depresión es uno de los problemas psicológicos individuales que más afectan las actividades diarias, y esta puede considerarse un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza.

Por otro lado, la ansiedad se caracteriza por un intenso malestar interior que la persona no es capaz de controlar, esta última suele aparecer en algunos casos como síntoma de la depresión. De acuerdo a Palacios (2019) la adolescencia ocurre en la segunda década de la vida, con inicio entre los 10 y los 13 años (representado por la pubertad), y que finaliza entre los 18 y los 25 años, momento que fluctúa de acuerdo con la diversidad cultural y las metas o tareas que se espera se hayan cumplido.

En este estudio de caso, nuestra paciente presenta indicadores de depresión y ansiedad manifiestos con los siguientes síntomas: sentimientos de culpa, tristeza crónica y desesperanza, perturbaciones del sueño y de la alimentación, falta de iniciativa, y sensación de inutilidad persistentes, entre otros; todos ellos compatibles con los indicadores del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – 5: DSM-V (por sus siglas en inglés) (2018).

1.2. Antecedentes

1.2.1. *Antecedentes nacionales*

Chávez e Hilario (2022) en su trabajo de investigación se plantean el objetivo de determinar la relación entre la funcionabilidad familiar y el nivel de depresión en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial N°32 de Huancavelica. Es un estudio descriptivo transversal con diseño correlacional. El cual se realizó con una muestra de 130 adolescentes de ambos sexos de 3ro y 4to de secundaria que cumplieron con los criterios de selección; la recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta; el instrumento aplicado es el test de Funcionamiento Familiar FF-SIL y la escala de Zung para la depresión.

Los resultados indican que en relación a la funcionabilidad familiar el 63.08 % pertenecen a familia moderadamente funcional, 22.31 % disfuncional y 6.92 % severamente disfuncional. Referente a la depresión el 15.38 % de adolescentes presentaron depresión leve y el 2.31 % depresión moderada. Para conocer la relación entre la funcionabilidad familiar y el nivel de depresión, se aplicó la prueba de Ji cuadrado de asociación, determinándose la existencia de una diferencia estadística significativa ($p=0.0001$), lo cual se interpreta en el sentido que la funcionabilidad familiar se relaciona con el nivel de depresión.

Carlessi, et al. (2021) realizaron un estudio en estudiantes universitarios del Perú con el objetivo de determinar los factores asociados a ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19. El método fue un estudio observacional transversal. La muestra estuvo constituida por 1264 estudiantes universitarios de diversos departamentos del Perú, se tomó como variables dependientes la ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial, las cuales se evaluaron con el cuestionario de “El Inventario de comportamiento psicosocial desajustado, ante la presencia del COVID-19 en la población peruana” y el AAQ II, para el análisis estadístico se empleó el chi cuadrado. Los resultados indican que más de la mitad de los estudiantes universitarios del

Perú, presenta entre 3 y 6 de los 6 indicadores de ansiedad, y este mismo número de indicadores de depresión lo presenta el 45% de la muestra. El 30 % de la muestra presenta entre 3 y 6 indicadores de somatización y el 40,3% de la muestra se ubica de la mitad hacia arriba en la escala de evitación experiencial. Se concluye que existen diferencias en los niveles de ansiedad, somatización y evitación experiencial entre varones y mujeres, asimismo se encontró que los estudiantes de mayor edad presentaban niveles más bajos de ansiedad, depresión y evitación experiencial, pero no en somatización.

Carrasco (2019) realizó un estudio con el objetivo de conocer los factores clínicos epidemiológicos asociados a depresión en el Perú en el año 2017. El método utilizado fue el observacional, retrospectivo analítico transversal de datos secundarios que provienen de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDES). Las variables de interés fueron depresión el cual fue expuesta a edad, sexo, educación superior, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tener pareja. Los resultados indican que, el mayor porcentaje de personas que sufren depresión se encuentran en el departamento de Lima. Mientras que la ciudad con menor depresión se encuentra en Loreto. Dentro de los factores asociados a depresión según edad este trastorno es elevado para el grupo de menos de 21 años y, posteriormente aumenta con la edad, así como las enfermedades antes mencionadas. Así mismo, no tener estudios superiores y no tener pareja aumenta el riesgo de padecer depresión.

Guevara (2019) planteó una investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida en los adolescentes de la comunidad Champamarca distrito Simón Bolívar, Cerro de Pasco 2017. El estudio es de tipo descriptivo y diseño no experimental, utilizó el modelo con enfoque multidimensional de Calidad de Vida elaborada por Shalok y Verdugo, compuesto por ocho dimensiones. La muestra estuvo comprendida por 42 adolescentes de ambos sexos, entre los 13 a 19 años. En base a los resultados se elaboró un programa de intervención llamado “Creciendo juntos hacemos futuro” con el propósito de aumentar la calidad de vida de los

adolescentes de la Comunidad de Champamarca, mediante el desarrollo de habilidades y conocimientos adquiridos en las capacitaciones de formación laboral brindadas.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Osorio et al. (2022) presentan un estudio sobre el sentido de la vida y su asociación con la ansiedad y la depresión en jóvenes colombianos con el objetivo de identificar cómo el sentido de vida se asocia con la ansiedad y la depresión en adolescentes y jóvenes. Se utilizó un estudio experimental y como modelo de medición, la Escala Dimensional de Significado de Vida y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Los resultados encontrados presentan implicaciones para la investigación, además constituyen un sustento empírico para incluir la variable en programas de intervención y prevención que puedan ser evaluados objetivamente y reducir los puntajes de ansiedad y depresión en adolescentes y jóvenes, lo que permitiría también reducir todas las consecuencias negativas asociado a ambas patologías.

Martínez y Canetti (2019) realizaron un estudio con el objetivo de examinar si la depresión y los intentos de suicidio son factores de riesgo asociados para el embarazo entre las adolescentes de Bolivia. Como método se usó un cuestionario centrado en temas obstétricos, psiquiátricos, sociales y de salud conductual que contestaron 645 niñas y adolescentes (de 9 a 19 años) registradas como pacientes en un hospital comunitario en La Paz, Bolivia, entre enero de 2010 y noviembre de 2011. Se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Los resultados sugieren que la depresión e intentos de suicidio pueden ser un mecanismo clave que explica el embarazo entre las adolescentes; también existen otros factores como el haber sido víctima de abuso emocional, físico o sexual durante la niñez-adolescencia, el uso de métodos anticonceptivos, menor nivel educativo y vivir en un hogar empobrecido.

Capellino et al. (2019) Presentan un estudio con el objetivo de evaluar la prevalencia de la depresión subclínica en residentes de 18 a 64 años de la ciudad de San Carlos de Bariloche,

Argentina. Se aplicó una encuesta a una muestra estratificada de la población estudiada. La identificación de depresión subclínica se obtuvo utilizando CESD-R. Se recabó información sociodemográfica y el uso de los servicios de salud. Un 10% (IC95%: 6,9%-14,0%) de la población de Bariloche de 18 a 64 años padece depresión subclínica. Los resultados indican una tendencia a mayor prevalencia de este padecimiento entre los más jóvenes y en los barrios de menor nivel socioeconómico. La tercera parte de los casos identificados consultaron a un profesional de la salud y menos de la mitad fueron diagnosticados.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Adolescencia. Bendezú et al. (2016) citando a la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2006) definen la adolescencia como la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socioeconómica. Señalan que esta se inicia a los 10 años y culmina a los 19 años.

A. Etapas de la adolescencia. Horrocks (2013) destaca en la evolución de la adolescencia tres períodos: adolescencia temprana o preadolescencia: 11-13 años, adolescencia media: 14-16 años, adolescencia tardía: 14-20 años.

B. Adolescencia y familia. Bandura (2004) refiere que “la familia nuclear y la extensa son importantes en la etapa de la adolescencia porque influyen directamente en la personalidad de los jóvenes como modelos” (p.36). El niño en la edad escolar y adolescencia, de acuerdo a su desarrollo evolutivo, edad cronológica; a través de las relaciones interpersonales desarrolla su conducta, personalidad y comportamiento futuro. Esteves, et al. (2020) mencionan que siendo “la adolescencia la época de mayor vulnerabilidad y las habilidades sociales son fundamentales, se ha puesto de manifiesto la sólida relación existente entre un adecuado funcionamiento familiar y las habilidades sociales” (p.98).

C. Adolescencia y disfunción familiar. Minuchin y Fishman (2004) mencionan la posibilidad que en la estructura familiar se presenten disfunciones cuando hay conflictos en la cotidianeidad dependiendo del ciclo vital en el que el sistema se encuentre: formación de la pareja, pareja con hijos pequeños, familia con hijos de pre escolar y adolescentes y familia con hijos adultos.

1.2.3.2. Depresión. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) estima que la depresión es la cuarta enfermedad más incapacitante en el mundo. Esta organización proyecta que su frecuencia aumentará en los próximos años y que pasará del cuarto puesto al segundo en esta lista de enfermedades. A su vez, es considerada cómo la enfermedad psiquiátrica más frecuente; cerca del 20% de la población a nivel mundial la padecen en algún momento de su vida y de ellos, el 70% son mujeres (Guzmán et al., 2021). La etiología de la depresión es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés o factores psicológicos y sociales. La OMS (2020) define al trastorno depresivo como un trastorno mental común que implica un estado de pérdida del placer o el interés por actividades habituales durante largos períodos de tiempo.

A. Características. La Clasificación internacional de enfermedades, en su décima edición (CIE-10) (2000) plantea que dentro de los rasgos que definen a la depresión encontramos: sueño y apetito alterados, ánimo depresivo, pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar, aumento de la fatigabilidad; los cuales deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión.

B. Clasificación. La CIE – 10 (2000) clasifica a la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye al episodio depresivo y, F33 aborda a los de trastorno depresivo recurrente; la primera se subdivide a su vez en: episodio depresivo leve: F32.0, episodio depresivo moderado: F32.1, episodio depresivo grave sin

síntomas psicóticos: F32.2, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: F32.3, otros episodios depresivos: F32.8, episodio depresivo, no especificado: F32.9.

C. Gravedad del trastorno. Depresión leve: están presentando al menos tres síntomas de depresión al día en las últimas dos semanas. Los síntomas producen malestar. Los pacientes desarrollan la mayoría de las actividades, pero con mayor dificultad (CIE-11, 2019).

Depresión moderada: presentan por lo menos cuatro síntomas todos los días durante las últimas dos semanas, con discapacidad marcada en al menos un área. Pueden presentar además síntomas neurovegetativos como cambios en el apetito y peso, falta de sueño, variación diurna del estado de ánimo o pérdida de libido (CIE-11, 2019).

Depresión severa: tienen todas las dificultades anteriores siendo algunos de los síntomas, de intensidad grave. También pueden mostrar lentitud del habla y la acción, o ideación psicótica (CIE-11, 2019).

D. Depresión y disfunción familiar. Henken et al. (2010) mencionan que los individuos que sufren depresión a menudo informan que tienen importantes problemas en múltiples áreas de su funcionamiento familiar, lo que sugiere la necesidad de un enfoque más orientado a la familia, como la terapia familiar, o de combinaciones de terapia familiar con psicoterapia individual y farmacoterapia, para su tratamiento.

1.2.3.3. Familia. La familia se caracteriza por su diversidad de formas, relatos y creencias, existiendo muchas formas de agrupaciones familiares, con distintas características y en diferentes culturas y sociedades siendo muy difícil de establecer un concepto único capaz de unificarlas (Builes y Bedoya, 2008). Para Minuchin y Fishman (2004) una familia es un sistema abierto, que posee límites (claros o difusos), con respecto al mundo exterior; presentan sus propias reglas y pautas en cuanto a la convivencia, al establecimiento y asunción de roles, y al mantenimiento de vínculos, manteniéndose en permanente intercambio con la sociedad, con el mundo exterior, es decir es un sistema dinámico, vivo.

A. Características de la familia. Minuchin, S. (2009) concibe una familia con límites claros, donde el subsistema conyugal posee límites cerrados para proteger la diferenciación del subsistema y facilitar la integración de sus miembros, el subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños y no impenetrables que impidan el acceso de los padres, el subsistema fraterno tendrá sus propias limitaciones y estará organizado por edad o sexo, establecidos por la cultura familiar, del mismo modo debe existir ordenamientos jerárquicos entre las partes y subsistemas. El autor también considera de gran importancia que el sistema familiar tenga la posibilidad de lograr la transformación de su estructura y permitirá al menos alguna posibilidad de cambio.

B. Comunicación y familia. Watzlawick et al. (2010) menciona uno de los aspectos básicos de cómo se entiende la interacción en la terapia sistémica: conducta es igual a información, desde ese punto de vista toda conducta es información, siempre estamos comunicando, aspecto que durante la terapia es una forma de observar alianzas y coaliciones, tomando en cuenta tanto el lenguaje analógico como el digital.

C. Ciclo de vida familiar. Según Amaro (2012) casi todas las familias van a experimentar cambios a lo largo de su ciclo vital, y el síntoma aparece como un indicativo que la familia no pudo hacer el tránsito de un estadio al otro, en otras palabras, el síntoma reemplaza al cambio.

Iruete et al. (2020) plantea que todas las familias, experimentan cambios a lo largo de su historia (dimensión diacrónica) y estos cambios se ajustan a patrones previsibles, de tal forma que la familia va atravesando una serie de etapas en el transcurso del tiempo que le permite ir evolucionando. Las etapas son cualitativamente diferentes entre sí, es por ello que el paso de una fase a otra se considera momento de transición o crisis de desarrollo, requiriendo una transformación del sistema familiar, suponiendo esto una oportunidad de crecimiento y

evolución, si se lleva a cabo satisfactoriamente, o por el contrario un peligro, si no se producen los ajustes y las adaptaciones requeridas. Es importante destacar la dimensión relacional en este proceso evolutivo.

Según la OMS (2019), la **adolescencia** es el periodo que abarca **desde los 10 a los 19 años** y que se inicia con la pubertad.

Existen cambios importantes que se dan durante la adolescencia estas son:

- a. Nivel físico.* Pubertad y madurez sexual.
- b. Psicológico.* Desarrollo del pensamiento formal y búsqueda de identidad personal.
- c. Emocional.* Conflictos emocionales y su resolución consecuencia de los cambios vividos.
- d. Social.* Consolidación del proceso de socialización y desarrollo de nuevas relaciones interpersonales.

La adolescencia se divide en 3 etapas:

- a. Adolescencia temprana.* Esta primera etapa se inicia a los 10 u 11 años y se prolonga hasta los 13, aproximadamente.
- b. Adolescencia media.* Esta etapa de la adolescencia incluye de los 14 a 17 años.
- c. Adolescencia tardía.* La última etapa de la adolescencia abarca de los 17 a los 19 años, aproximadamente, ya que puede alargarse hasta los 21 años.

Salvador Minuchin (2009), con su modelo estructural, presupone que todas las familias tienen cierto tipo de estructura, que van a determinar su jerarquía establecida por sus roles e interacciones; las que pueden ser funcionales o disfuncionales. Se señala que una familia es definida como funcional en la medida que brinda apoyo y sustento, estableciendo límites generacionales y liderazgos eficaces potenciando la separación e individuación evolutiva de los hijos, negociando los conflictos y comunicándose eficazmente.

Montalvo (2000) señala que una familia tiene una “buena” estructura o es “funcional” cuando se detecta lo siguiente: límites claros y flexibles entre todos sus holones y al exterior, cuando la jerarquía es compartida por los padres o cónyuges, cuando existe una alianza parental, cuando no hay centralidad negativa y la positiva es rotativa dependiendo de quién la merezca, cuando no hay periféricos, coaliciones, ni triangulaciones.

1.2.3.3. Terapia familiar sistémica. Para Artigas et al. (2017) es en la década del 60' que surge la Terapia Familiar sistémica, distinguiendo tres grandes modelos o escuelas: la Escuela de Palo Alto, (Gregory Bateson, Don D. Jackson, Paul Watzlawick, Hay Haley), la Escuela Estructural (Salvador Minuchin) y la Escuela de Milán (Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata). La psicoterapia sistémica se encarga del estudio de los fenómenos relacionales y comunicacionales que se dan en los grupos, analizando los efectos que se desarrollan a partir de ella. Las personas que forman parte del grupo se interrelacionan entre sí creando distintos colectivos denominados sistemas.

A. Terapia familiar estructural. Sánchez et al. (2020) refiere que el modelo estructural de terapia familiar fue desarrollado en la década de 1970 por Salvador Minuchin; quien argumenta que familias con problemas en la crianza carecían de una estructura familiar reconocible, por lo que la terapia consistía en dotar a estas familias de un sistema estructurado en reglas o normas claras, una jerarquía consensuada entre los progenitores, límites flexibles y permeables, entre otras características.

B. Características de la terapia estructural.

B.1 Subsistemas. Se considera subsistema a la unión de miembros para desarrollar funciones, los cuales están agrupados por generación, género, interés, función, etc.

B.2. Límites o fronteras. En todo sistema se incluyen reglas que regulan y definen el flujo de información y energía que ha de ingresar al sistema familiar, así también el grado en que los extraños pueden acceder al sistema, para mantener un equilibrio armonioso.

B.3. Jerarquías. Alude a la forma en que está repartido el poder dentro de la familia. Desde una mirada estructural, el poder deberá ubicarse en la díada parental.

B.4. Coaliciones. Se manifiestan cuando las alianzas se transforman en el objeto de lastimar a un tercero.

B.5. Alianzas. Cuando existe una vinculación positiva entre dos o más integrantes del grupo familiar. Sin embargo, estas pueden ser transitorias, flexibles, rígidas o permanentes, involucrando a uno o más miembros de la familia.

B.6. Geografía. Es la posición de la familia en el hogar, cómo se alimentan, cómo duermen, etc. También se ve reflejado en la forma de sentarse en las sesiones de terapia.

B.7. Territorio. Es el espacio en que se sitúa cada integrante de la familia, en tiempo y lugar. Se pueden dar dos polarizaciones: cuando algún miembro de la familia se ubica en la periferia y, la otra, cuando ocupa mucho espacio.

C. Técnicas de la terapia estructural. Las principales son: Coparticipación, que implica que la familia sabe que el terapeuta los comprende, y trabaja con ellos y para ellos. Con esto, la familia puede sentirse segura para ensayar alternativas, intentar lo no habitual y cambiar. Esta participación es lo que mantiene unido el sistema terapéutico.

C.1. Encuadre. El terapeuta inicia su encuadramiento tomando en cuenta lo que la familia considera importante. La tarea es convencer a los miembros de que el mapa de la realidad que la familia había trazado se puede ampliar o modificar. Reestructuración: esta técnica cuestiona la estructura familiar, los límites, la forma en que se hacen las cosas, sus interacciones y la forma de solucionar los problemas. Realidades: El terapeuta ofrece a la familia una realidad diferente a la que han construido, también puede trabajar un cambio de

cognición en la familia no cambiando la realidad, si no modificándola o enseñar una nueva forma de ver y tratarla.

C.2. Reencuadramiento. La técnica de reencuadramiento tiene como objetivo modificar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros para que busquen respuestas afectivas, cognitivas diferentes, también podríamos señalar que desde esta perspectiva se cuestiona el síntoma y el reencuadramiento; puede darse a través de:

Escenificación El terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia con el propósito de vivenciar la realidad familiar aquí se consideran tres movimientos, con esta técnica se observa, se diagnostica y se trata. **Enfoque** El terapeuta tras seleccionar los elementos pertinentes para el cambio terapéutico, organiza el material de manera que guarde armonía con su estrategia terapéutica y elabora un tema de investigación, no dejarse seducir por el historial de la familia. **Intensidad** Es hacer que la familia oiga el mensaje de varias formas, la intensidad varía según el grado de participación del terapeuta el nivel más bajo son las construcciones cognitivas y el nivel más alto el terapeuta entra en competencia por el poder. Se insiste en los niveles intermedios.

D. Otras técnicas.

D.1. Desequilibramiento. Cuestiona y modifica la distribución del poder en el seno de la familia. La familia espera que el terapeuta sea equitativo y apoye a quien supuestamente tiene la razón. La familia lo ve como un perito ajeno que juzga.

D.2. Complementariedad. Consiste en ayudar a la familia a que vivencie su propia participación de los hechos, es decir enseñarles a ver los dos lados de una misma moneda y dentro de ella se encuentra: el cuestionamiento del problema y el cuestionamiento del control lineal.

D.3. Construcciones. Aquí tenemos los símbolos universales, verdades familiares y consejo especializado.

D.4. Lados fuertes. La familia posee su propia cultura, elementos que si se visualizan se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar su repertorio.

D.4. Paradojas. El uso de las paradojas se basa en la comprensión de tres conceptos: 1) La familia como un sistema autorregulador; 2) Los síntomas como función autorreguladora, y, 3) La resistencia de un sistema al cambio, como consecuencia de los dos anteriores.

1.2.3.4. Depresión y Terapia Estructural. El objetivo de la terapia familiar para la depresión es trabajar con los participantes y su familia para desconectar las formas destructoras de comunicación, y mediante ese proceso, reducir los síntomas de depresión. Por consiguiente, la medida de resultado primaria en los ensayos no es siempre la disminución de la depresión del paciente. En la terapia familiar estructural, los problemas se ven como el resultado de una estructura y organización familiar inapropiada. El terapeuta se preocupa por los límites entre los subsistemas y asume la responsabilidad de la dirección en la que ella o él impulsa a la familia mediante el uso intencional de órdenes, direcciones y sugerencias (Castillo, et al., 2012).

1.3. Objetivos

Objetivo general

Modificar el sistema familiar de una paciente adolescente que padece de depresión a través de la terapia sistémica estructural.

Objetivos específicos

1. Redefinir la jerarquía parental y filial a fin de cambiar los roles y límites familiares para que estos sean más funcionales.
2. Mejorar los roles y funciones de los padres, a fin que favorezca la comunicación en el entorno familiar.

3. Eliminar las coaliciones madre = hija (PI) logrando relación familiar más funcional.
4. Reducir los indicadores depresivos de la PI con las estrategias y técnicas empleadas en la terapia sistémica estructural.

1.4. Justificación

En la terapia familiar estructural, los problemas se ven como el resultado de una estructura y organización familiar inapropiada. López (2016) reconoce que *“la familia es uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida, sin embargo, es frecuente en la consulta médica, encontrar personas con un problema psicosocial donde está implicada la familia”* (p.139). El presente caso se aboca a eliminar los síntomas de una joven diagnosticada de depresión, sin embargo, la terapia no se focaliza en los síntomas de la PI, si no que hace participar a toda la familia en el proceso de recuperación del síntoma y también de la eliminación de las características disfuncionales de la familia.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

A través del presente estudio de caso se busca comprobar la efectividad de la aplicación de técnicas y estrategias sistémicas estructurales de encuadre y reestructuración a fin de devolver la funcionalidad a la familia y así disminuir y eliminar los indicadores depresivos en la adolescente en tratamiento.

Que sirva, desde el aspecto teórico, para la contribución a la literatura científica respecto a factores familiares que influyen en el desarrollo de la depresión.

Y, desde la comunidad y perspectiva social, contribuir a que cada familia pueda tomar conciencia de la importancia que cuando el tratamiento es oportuno, en casos de depresión, se logran resultados óptimos.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio de caso se utilizó el método de estudio cualitativo, de diseño no experimental. La investigación desde un enfoque cualitativo procura comprender los fenómenos, no interfiriendo deliberadamente con las variables de estudio sino, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto; pues lo que se requiere, siguiendo a Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) “es obtener datos (que se convertirán en información) de personas, otros seres vivos, comunidades, situaciones o procesos en profundidad; en las propias *“formas de expresión”* de cada unidad de muestreo” (p.176).

2.2. Ámbito temporal y espacial del estudio de caso

El presente estudio de caso se desarrolló durante los meses de setiembre hasta diciembre del 2018, realizándose la intervención psicológica en el policlínico particular de la parroquia San Miguel Arcángel del distrito de San Miguel en la ciudad de Lima.

2.3. Participantes

Paciente Delly, adolescente de 18 años y su familia (los padres y parte de los hermanos). La PI es la tercera de cinco hermanos (dos varones y tres mujeres), de educación superior técnica, domiciliada en el distrito de San Miguel de la ciudad de Lima.

2.4. Técnicas e instrumentos utilizados en el estudio de caso

Siendo esta una aplicación del Modelo Estructural se aplicaron las técnicas y estrategias del modelo sistémico.

A. Genograma familiar. Este es un instrumento que permite la representación gráfica sobre la estructura y/o composición familiar y las relaciones entre sus miembros.

B. Entrevista sistémica. Es un tipo de entrevista que desde la primera sesión se propone introducir cambios en el sistema familiar a través de las técnicas sistémicas desarrolladas en el apartado siguiente.

De acuerdo al análisis funcional y los resultados presenta depresión moderada y síntomas de ansiedad.

2.4.1. Técnicas (Descripción de las técnicas usadas)

Técnicas empleadas bajo el modelo de terapia familiar sistémica Estructural.

2.4.1.1. Desconstrucción de la culpa. Se trabaja con la paciente para que pueda asumir que no es su culpa, que las relaciones de sus padres están cada vez peor, son ellos quienes tienen que trabajar y buscar cómo llevarse mejor.

2.4.1.2. Escenificación. Esta técnica proporciona información al terapeuta acerca de la dinámica de la familia y permite a sus integrantes darse cuenta de cuáles son las pautas conductuales de interacción que utilizan para relacionarse entre sí. Se le pide a la familia que se relacione como que estuvieran en su casa ellos proponen un tema común a ellos y estas escenas permiten ver al terapeuta con claridad las interacciones que utilizan para relacionarse.

2.4.1.3. Desequilibramiento. El objetivo es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de la familia, el terapeuta se aliará con la familia como experto y generará confianza para hacer intervenciones en la familia, por ejemplo: Dolly tu eres una persona inteligente e independiente observas que a veces tu mamá se comporta como una hija más, Así con cada miembro de la familia creando cambios en las interacciones familiares.

2.4.2. Evaluación psicológica

A. Historia psicológica. Paciente de 18 años, soltera, de sexo femenino, natural de Lima, cursa el segundo ciclo de estudios de enfermería técnica. Durante la intervención psicológica viene con su madre. No presenta antecedentes familiares de enfermedad mental o de otro familiar que hayan tenido los mismos síntomas, a la fecha no tiene ninguna referencia. Sus síntomas y signos se presentan desde hace dos años incrementándose al transcurrir el tiempo donde la depresión se hace moderada y comienza a restar calidad de vida por los síntomas, así como además las interacciones familiares se tornaron conflictivas, no recibiendo apoyo inicialmente por su familia quienes no se daban cuenta de la depresión, refiere la paciente que cada vez sentía que no podía dormir bien, no tenía apetito angustiándose porque veía que su familia no la comprendía.

B. Problema actual. Delly acude a consulta porque refiere sentirse muy abatida y triste, muchas noches se le quita el sueño, recuerda que desde que su padre se fue de la casa, aumentaron las dificultades económicas de su familia, su tristeza va acompañada de desgano para realizar sus actividades diarias, a veces se pone de mal humor, melancólica y con desesperanza sintiendo que cada vez es más intenso, en ocasiones se siente culpable porque ella pidió a su madre que no siga perdonando a su padre cada vez que llega ebrio y si no lo vota, ella se iría de la casa. Por lo que la madre de la paciente decide pedir a su esposo que deje la casa porque seguía llegando ebrio y se gastaba el dinero que ganaba trabajando, al retirarse el padre de la paciente la madre se enfermaba continuamente, diciendo en voz alta ahora quien nos dará para cubrir los gastos de los alimentos, estudios de tus hermanos, por lo que la paciente sentía que su madre le estaba reprochando, sintiéndose sola sin salida, pensaba que cada día que pasa es peor y sería mejor no existir. También le preocupa que, cada día que pasa su familia tiene más necesidades económicas, nota como sus hermanas no pueden comprar sus libros del colegio, su hermano Marlon no consigue trabajar, y ella misma posiblemente deje

de estudiar pues el poco dinero que ingresa a la casa, producto del sueldo de su hermano mayor quien trabaja en la municipalidad como contratado en el área de economía, es dinero que solo alcanza para la alimentación de la familia, ella ha intentado buscar trabajo cuidando enfermos, pero no sabe cómo expresarse y/o preguntar termina renegando de sí misma por no poder conseguir trabajo, y al retornar a su casa reacciona enojándose tornándose irritable cuando su hermano le hace una broma, o cuando sus hermanas no cumplen sus responsabilidades como la limpieza, lavado de la ropa o cocina.

C. Desarrollo cronológico de los problemas. De niña a la edad de 5 años veía que sus padres discutían, el padre insultaba a la madre y se iba a la calle tirando la puerta no dejando dinero, la madre se quedaba llorando, otras veces se iban donde la abuela materna y la examinada escuchaba cuando su madre le contaba a la abuela los malos tratos de su padre todo ello la ponía triste.

A los 8 años vio que una noche el padre llegó ebrio a su casa, comenzó a insultar a su madre y cuando ella la defendía y le reclamaba el terminaba gritándola y mandándola a dormir. Pese a esto, ella buscaba agradar a su padre un día se acercó y lo quiso abrazar él le dijo “más allá, más allá”, se soltó y se fue, esta actitud la entristeció y comenzó a pensar “él no me quiere”.

A la edad de 13 años un día observo que su madre se mostraba llorosa, apenada, ella decidió abrazarla, pero su madre se alejó diciéndole “anda a jugar no me molestes”, ante la reacción de la madre ella pensaba “mi madre no es feliz”, desde esa fecha comenzó a sentir que sus padres no la querían.

Cuando tenía 17 años sus padres se separaron un año, pero durante ese tiempo él siempre llegaba a la casa a dar dinero a su madre, después del año él regresa a su casa los primeros meses se comportaba bien al pasar los meses comenzó a llegar mareado, daba poco dinero, seguía violento con todos, los corregía a sus hijos con gritos y adjetivos descalificativos.

Hubo situaciones en que los hijos defendían a la madre por lo que el padre dejaba de hablar a los hijos, mostrando más cariño hacia las hermanas menores.

Sus hermanas menores a veces se ponían la ropa de ella, usaban su colonia, cuando ella les reclamaba ellas se burlaban o se mostraban agresivas, eso hacía que se sienta tensa, pensaba “mis hermanas han aprendido a ser violentas” como mi padre, si seguimos así, todos tendremos que irnos de la casa y vivir separados, sentía “colera” “pena”, en ocasiones se le quitaba el sueño a las 4 am., no tenía ganas de comer, se repetía así misma esto no puede seguir así tengo que conseguir trabajo para ayudar a mi familia, tengo miedo de que cada día sea peor. Quisiera que alguien me ayude.

D. Historia personal. Examinada nace después de nueve meses de gestación, de parto natural. No presento ninguna complicación durante el parto. En relación a la alimentación comenzó a comer las papillas a los 6 meses, alternando con la lactancia, mantuvo buen apetito por lo que ganaba peso rápidamente. En relación a su desarrollo psicomotor presento un desarrollo adecuado.

Delly refiere que fue tranquila no presento rabietas ni pataletas, a los 2 años comía poco y su madre no le exigía mucho. Cuando iban naciendo más hermanos la madre comenzó a perder la paciencia con la examinada y terminaba gritándola.

Enfermedades y accidentes. A la edad de 5 años le dio varicela, a los 7 años parotiditis, en ocasiones le daba fuertes cólicos estomacales, por lo que la madre la llevaba a un centro de salud. Tuvo muchas caídas, de cara, cabeza, se hizo raspones, hematomas cuando era pequeña, a los 8 años fue atropellada por una bicicleta, también fue mordida por un perro a la edad de diecinueve años.

E. Educación. De pequeña asistió al PRONOEI desde los 3 a 5 años, durante la primaria y secundaria fue una buena alumna responsable con calificaciones altas. Las profesoras la apoyaban cuando se trataban de gastos de algunos materiales que no podía llevar.

Era poco sociable entre sus compañeros de clases por lo que no acudía a las reuniones sociales como cumpleaños o celebraciones diversas. Realizo sus estudios de enfermería Técnica en el Instituto Tecnológico “Arzobispo Loayza”, eligió dicha carrera porque le gustaba ayudar a los enfermos, era bastante dedicada a sus estudios, obtenía buenas calificaciones, manifiesta que muchas veces soñaba con terminar sus estudios y trabajar en una buena clínica, y ayudar a sus padres en la economía de su hogar también refiere que muchas veces se refugiaba en sus estudios para no sufrir por los problemas que vivía en su hogar, sus padres peleaban muy seguido, el padre llegaba ebrio y se tornaba violento con la paciente y sus hermanos. Recuerda que cuando tenía practica de enfermería en un hospital se ponía contenta le agradaba asistir, permanecía muy atenta e interesada en la explicación que daban sus profesores.

Historia laboral. A los 18 años por intermedio de una compañera de estudios, trabajo durante un mes en una casa de reposo, refiere que fue una experiencia extraordinaria. También trabajo cuidando a una anciana enferma, durante un mes, se sintió contenta porque a cambio recibió un dinero que pudo compartirlo con su madre para las necesidades del hogar. Se mantuvo trabajando en una tienda comercial por cinco meses, mientras juntaba dinero para hacer sus trámites y obtener su título como técnica de enfermería.

F. Historia familiar

Padre. Juan, R.G. 56 años, casado, secundaria completa, trabaja como vigilante

La paciente describe a su padre como un hombre irritable, violento, mentiroso, poco cariñoso. Delly recuerda que cuando era pequeña le tenía mucho miedo a su padre, le atemorizaba cuando lo veía ebrio y la castigaba por cualquier cosa más cuando ella defendía a su madre. La relación era poco amistosa no llevaba una buena relación. Ella pensaba que su padre no la quería. Padre consumía licor con frecuencia llevo a enfermarse de hepatitis A.

Madre. Gladys, N.R., 42 años, Casada, secundaria completa, ama de casa, la paciente refiere que su madre es recta, generosa, comprensiva, sobreprotectora, pasiva. La relación con su madre es buena, refiere que su madre era amigable, más cuando la paciente fue creciendo ese vínculo se fue debilitando. Cuando era pequeña la recuerda muy preocupada en los quehaceres de la casa, tensa por la situación familiar. Sospecha que su madre sufría de depresión, pero no ha llevado ningún tratamiento.

Hermanos:

Juan Carlos, 21 soltero, secundaria completa, trabaja en la municipalidad.

Refiere que su hermano es de carácter tranquilo poco comunicativo.

Marlon R.N. 19 años, soltero, secundaria completa, estudiante, refiere que su hermano tiene un carácter impulsivo, renegón, no obedece a la paciente, además es poco responsable, colabora poco en las tareas del hogar. La relación con él es distante.

Delly R.N.-18 años, soltera, estudiante de enfermería técnica, P.I. Adolescente.

Mayra R.N.-17 años, soltera, estudiante del 5to.de secundaria, refiere que la hermana es poco responsable, descubrió que muchas veces miente, en sus estudios es relajada. obtiene notas bajas.

Paola R.N., 16 años, soltera, 4to de secundaria, de carácter tranquila, comprensiva, responsable en sus tareas escolares, la relación con la paciente es agradable, se comunican más, es la hermana que más colabora en los deberes de la casa.

Tabla 1.*Composición Familiar.*

Rol	Nombre	Edad	Instrucción	Ocupación
Padre	Juan, R.G.	56	Sec. completa	Vigilante
Madre	Gladys, N. R	42	Sec. completa	Ama de casa
Hijo (1°)	Juan Carlos	21	Sec. completa	Administrativo
Hijo (2°)	Marlon	19	Sec. completa	Estudiante
Hija (3°)	Delly	18	Sec. completa	Estudiante
Hija (4°)	Mayra	17	5to.secundaria	Estudiante
Hija (5°)	Paola	16	4to.secundaria	Estudiante

2.5. Plan de Intervención

Mujer adolescente que presenta indicadores de depresión moderada y de ansiedad moderado; el APGAR familiar arroja disfunción familiar moderada. Se observa una dinámica familiar disfuncional tanto por la existencia de vínculos familiares débiles como por la ausencia paterna que sale del hogar por su violencia verbal, física y su consumo de alcohol. La comunicación familiar es escasa, pobre y en la expresión de los sentimientos es estereotipada y carente de calidez.

2.5.1. Plan de intervención y calendarización.

Tabla 2

Protocolo de intervención. Plan Operativo.

Actividades / Técnicas	No de sesión	Fecha	Duración
Entrevista inicial entrega de consentimiento informado. Reencuadre. Explicación de cómo se darán las sesiones. Registro de los síntomas y signos.	1	27.9.18	45 min
Dialogo y preguntas lineales y circulares aplicación del genograma inicial.	2	11.10.18	45 min
Deconstrucción de la culpa. Se entrega I/C para médico psiquiatra. Coparticipación, cercanía, intermedia Distante.	3	25.10.18	45 min
Se explorar el subsistema conyugal y parental. Clarificar y redefinir los límites entre estos subsistemas. Redefinir las reglas. Intervenir en la estructura y funcionamiento familiar a través de la escenificación, se redefinen los límites.	4	15.11.18	45 min
Posibilitar el desarrollo de las capacidades de control libre y la responsabilidad de la conducta de los hermanos a través de las técnicas de reestructuración y desequilibramiento.	5	22.11.18	45 min
Evaluar los cambios ocurridos hasta la presente sesión. Repetición del mensaje: Mejorar la comunicación entre los hermanos y la madre. Manejo de Comunicación asertiva. Comprensión mutua. Trazado del Genograma final.	6	29.11.18	45 min

2.5.2. Programa de intervención

1. Siguiendo con el planteamiento dado por Minuchin (2009) se interviene en los vínculos interfamiliares como son alianzas, triángulos, límites y la creación de un nuevo sistema jerárquico en relación a la madre y la paciente.

2. Se busca favorecer el proceso en el que se encuentra la paciente, a fin de quitar la culpa que siente “por estar enferma”, así mismo se procede a reestructurar las ideas de la familia respecto a sus normas y reglas, haciendo estas más coherentes con su situación actual.

3. Desde la perspectiva sistémica, los problemas son mantenidos por la estructura familiar, por lo que la intervención se enfoca en el cambio de la dinámica familiar que mantiene el problema. Se busca generar una alianza entre la PI y la madre quienes son las que sostienen a la familia.

4. Lograr una mejor comunicación entre todos los sistemas de la familia a tratar e intervenir.

Tabla 3

Sesiones realizadas /procesos de intervención

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
1	27.9.18	45”	Madre, Gladys (PI)
OBJETIVO	<p>Conocer el motivo de consulta. Crear el contexto terapéutico. Explicar el modelo terapéutico, horarios, costos, etc. Registro de los síntomas y signos. Entrega del Consentimiento Informado.</p>		
Actividad Definición del motivo de consulta	<p>En esta sesión se busca definir de manera clara el motivo de consulta, y la forma en la que el síntoma es atribuido al paciente identificado y como esta atribución es aceptada o desafiado por el sistema familiar.</p>		
Interacción	<p>Delly (PI) llega a consulta en compañía de su madre y su hermano Juan Carlos y su madre Se les explicó las normas mediante las cuales iban a ser atendidos en el consultorio Psicológico, la importancia de su participación, así como la frecuencia y duración de cada sesión, manteniendo las reglas de respeto entre sus miembros. La sesión, se desarrolló en un ambiente cálido y acogedor. Aplicando la técnica de coparticipación: posición cercanía, se procedió a realizar un diagnóstico de la estructura familiar. El terapeuta preguntó cómo percibían las dificultades que los traían a la sesión. Terapeuta (T): Sra. Gladys, ¿Qué es lo que les preocupa? ¿En que los podemos ayudar? Gladys (G): “Últimamente me preocupa mi hija Delly, ya que se siente mal, triste, a veces está muy renegona, me mira y no me dice nada”. “está muy metida en su cuarto, no quiere compartir, no socializa, no quiere que vengan sus amigos,” PI: “Me siento mal conmigo misma porque creo que lo estoy haciendo mal, siento que es mi culpa que mi mamá tenga estos problemas”. (se refiere a la salida de la casa del padre).</p>		

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
2	11.10.2018	45''	Paciente Madre, PI, Hermano Juan
OBJETIVO Aplicación de pruebas psicológicas	Se aplicó a la paciente el Inventario de Depresión de Beck, así como el cuestionario del clima familiar. Y el Genograma familiar.		
Revisar alianzas, coaliciones, triangulaciones, jerarquías	<p>T: Delly quisiera que me comentes como te sientes con la responsa de tus hermanos en todos los ámbitos. Porque tú te estas sintiendo a cargo de ellos y lo has hecho bastante bien hasta ahora, que empiezas a dudar de si has hecho lo suficiente. ¿Es como si las dificultades de tus hermanos y mamá pusieran en duda tus capacidades?</p> <p>PI: Si, creo que no lo estoy haciendo bien, si mi padre estuviera aquí, quizás entre ellos lo resolverían de otra manera o nunca se habría presentado estos problemas, ya que por mi sugerencia mi papá se fue de la casa. No quiero hacerme cargo, y sólo debería apoyar a mi mamá. Pero ella necesita que yo la ayude.</p> <p>Yo siempre ando ocupada y mis prioridades en cierta forma estaban con mis hermanos, y si alguna vez discutimos porque a veces no podíamos salir porque o tenía que trabajar o tenía que estar con mis hermanos.</p>		
Connotación positiva Devolución	<p>T: Sra. Gladys. Delly Juan: “Los felicito por la decisión de venir a terapia, pues con ello demuestran que están preocupados por el bienestar de la familia, así mismo veo que pese a las dificultades que están atravesando, se mantienen unidos, ¡Los felicito por eso!, también veo que están muy preocupados por la situación que está pasando Delly, eso habla muy bien de Uds. como familia, ¡también quiero felicitarlos por eso!” “yo tengo la certeza que de ahora en adelante permitirán que su Delly y todos Uds. podrán solucionar todas estas inquietudes que los han conducido hoy aquí”</p> <p>Asimismo, Delly, como hermana mayor vemos que has hecho una labor importante tratando de solucionar los problemas que ha dejado tu padre al salir de casa, tú has querido asumir las funciones de tu papá en la casa, cuidar de tus hermanos, ver por su cuidado, alimento, etc. lo que me hace pensar que eres una persona sensible, pero quizás hay algunas funciones que una hermana no puede realizar como un padre.</p>		

Reformulación	<p>T: Uds. están atravesando una dificultad, están enfrentado situaciones difíciles; esto trae muchos retos, a veces la familia tiene que volver a encontrar nuevas tareas que antes no tenía. Esta nueva realidad puede provocar distancia y problemas en la comunicación que generan discusiones entre Uds. Significa que les está costando acomodarse a la nueva situación. Es importante también que muchas veces al añorar el pasado y el tener juntos a ambos padres, puede afectar nuestra tranquilidad emocional. Con ayuda de la terapia vamos a lograr los objetivos esperados”.</p>
Tarea	<p>T: Les daré una tarea para esta semana:</p> <p>G: Cada vez que tengas que pedir a tus hijos que hagan algo como acomodar su ropa, limpiar su cuarto, estudiar, etc. Usted lo hará de diferente forma: permita a Juan y Marlon asumir sus responsabilidades personales, así sabrán que es de su responsabilidad si le sale mal o bien.</p> <p>T: Juan, cuando escuches que Delly te indica que hagas algo, no es que quiera reemplazar a tu mamá, se trata que quiere que tu no tengas dificultades ni en la casa ni en el colegio.</p> <p>PI: Cada vez que sientas que eres la madre de tus hermanos dirás: “Yo sólo soy la hermana, ellos (pensando en tus padres), son los padres”.</p>

Reestructuración	<p>Cuando no se respetan las interacciones familiares los integrantes de la familia asumen roles que no les corresponde.</p>
Tarea	<p>T: La próxima sesión deberán acudir Delly y la mamá, los hermanos se quedarán en la casa.</p>

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
3	25.10.18	45 min	PI, Madre, Hermanos
OBJETIVO:	Desconstrucción de la culpa Se interconsulta a Psiquiatría para ser medicada		
ACTIVIDAD	Se trabaja con la paciente para que pueda asumir que no es culpa de ella que las relaciones e interacciones de sus padres estén cada vez peor, son los padres quienes tienen que trabajar y buscar como relacionarse mejor. Se informa a la familia como se dan los subsistemas maritales (padres). El subsistema paterno (padres e hijos) El subsistema fraterno (entre hermanos)		

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
4	15.11.18	45 min	PI y madre
OBJETIVO:	Se explora el subsistema conyugal y parental. Clarificar y redefinir los límites entre estos subsistemas. Redefinir las reglas Intervenir en la estructura y funcionamiento familiar a través de la escenificación se redefinen los límites.		
Actividad	Se arma una escena donde la familia deberá resolver el problema del padre que llega ebrio y se pone a gritar, a través de esta escenificación se observarán los estilos de comunicación de cada uno y se hablará con ellos acerca de que fortalezas personales tienen que les servirá para solucionar este problema que se les presenta con frecuencia. También se le pregunta a Delly como sus padres resuelven un problema. ¿Qué le gustaría que fuese diferente? Además, durante esta sesión se les pide a los padres que enumeren situaciones donde han presentado dificultad para establecer acuerdos y lo presenten la próxima sesión. Se pudo observar que la hija Delly de 18 años es quien asume el rol de la madre enfrentando al padre quien llega ebrio y se gasta el dinero para la manutención de la familia.		

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
5	22.11.18	45 min	Gladys, PI y Juan Carlos
OBJETIVO:	Posibilitar el desarrollo de las capacidades de control libre y la responsabilidad de la conducta de los hermanos a través de las técnicas de reestructuración y desequilibramiento.		
ACTIVIDAD	<p>Se reviso la tarea donde enumeran las dificultades familiares y como se dan las interacciones y límites a la hora de resolver sus dificultades familiares.</p> <p>Se explica la manera como estas interacciones afectan las relaciones entre ellos y van creando en los subsistemas fraterno síntomas y signo entre ellos principalmente en la pacto con depresión.</p>		

	De esa manera se busca cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de la familia, el terapeuta buscara aliarse con la familia y generar confianza para hacer intervenciones en la familia que generen cambios, por ejemplo: se le dice a la pacto. Delly tu eres una persona inteligente e independiente observas que a veces tu mamá se comporta como una hija más. Así con cada miembro de la familia creando cambios en las interacciones familiares.
--	---

Sesión	Fecha	Duración	Participantes
6	29.11.18	45 min	PI y madre
OBJETIVO:	<p>Evaluar los cambios ocurridos hasta la presente sesión. Repetición del mensaje: Mejorar la comunicación entre los hermanos y la madre. Manejo de Comunicación asertiva</p> <p>Comprensión mutua.</p> <p>Se traza el Genograma final</p>		
ACTIVIDAD :	<p>Se realiza el monitoreo de las interacciones familiares los integrantes de la familia comenzaron a respetar las jerarquías y límites a la hora de resolver sus dificultades logrando afectar lo menos posible a los hijos.</p> <p>Logrando la reestructuración en la interacción familiar.</p>		

	<p>Se pidió a la madre de Delly que cuando su esposo llegue ebrio a su casa y grite dejar que se acueste rápidamente y pedir a la hija que al día siguiente no le haga reclamos. Usted converse con su esposo y ponga límites.</p> <p>El padre de la paciente fue asumiendo la responsabilidad de cumplir con la manutención.</p>
--	---

2.6. Consideraciones éticas

La confidencialidad siendo un tema ético clave, es necesario avisar y acordar con la familia desde un comienzo que el principio de confidencialidad en una terapia familiar sistémica puede ser modificado en algunos casos excepcionales. Los valores del terapeuta son esenciales en la práctica ético clínica en la terapia familiar, están vinculados a las construcciones culturales o creencias de todo individuos, pareja o familia, siempre y cuando se respeten los derechos humanos universales, los criterios de igualdad de género, no discriminación por razones de raza, religión, sexo, genero, orientación sexual o ideas políticas.

En relación a las consideraciones éticas, se sigue la Declaración de Principios del Colegio de Psicólogos del Perú sobre el Código de Ética, en los Títulos y Artículos concernientes a la confidencialidad, bienestar del cliente, uso de técnicas de diagnóstico, actividades de investigación, y otros que sean pertinentes. La entrevistada y sus padres fueron informados del objetivo del presente estudio de caso, se entregó un formato escrito dónde se les informa el nombre del entrevistador y de la institución, así como se da conocer el objetivo.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de los resultados

La paciente y su familia se presentan buscando solución a las dificultades que enfrentan, puntualmente en relación a los síntomas ansiosos y depresivos de la PI. La atención psicoterapéutica busca no sólo eliminar los síntomas mencionados, sino también, propiciar cambios sistémicos relacionados a las jerarquías familiares en tanto la PI estaba tratando de suplir las funciones parentales de sus padres.

Es a través del tratamiento psicoterapéutico que se alcanzan los objetivos establecidos para este estudio de caso. Después de completar las 6 sesiones, se puede afirmar que la terapia estructural devolvió la funcionalidad a esta familia, extinguiéndose tanto la sintomatología ansiosa como depresiva.

- A. Se redefinieron las estructuras disfuncionales como las jerarquías incongruentes que provocaban confusión y superposición de roles entre la madre y la PI, al eliminarse esto, se logró una familia más funcional.
- B. Mejoraron las relaciones familiares al quedar claro los roles de los padres, se comenzó a respetar las jerarquías de ambos y cada integrante de la familia asumió su rol dentro de la familia.
- C. Al quedar más claro el rol de cada miembro familiar, se extinguieron coaliciones entre la madre y la PI contra el padre, asimismo se mostró más abiertamente las alianzas entre la madre y la PI para sacar adelante la familia, cambiándose la percepción de esta como algo favorable al sistema.
- D. Con la intervención familiar fueron disminuyendo los síntomas y signos de la depresión en la paciente y consecuentemente mejoraron las interacciones familiares. Finalmente, esto logró que la paciente pueda concluir sus estudios de técnica de enfermería y conseguir trabajo.

IV. CONCLUSIONES

- A. Minuchin y Fishman (2004) resaltan que cuando una familia no logra resolver una dificultad, es usual que uno de los miembros presente algún síntoma (ansiedad, depresión, fobias, etc.) por ello es de gran importancia en este modelo no focalizarse en el síntoma, sino buscar cómo este nos está hablando de un estadio en la que familia se ha estancado y cómo hacer que la psicoterapia los ayude a avanzar no sólo en la extinción de los síntomas sino en lograr una familia más sana y con los recursos para seguir adelante con sus propias estrategias.
- B. Las técnicas planteadas por Minuchin como construcción de la realidad (entre otras) permitieron poner límites en cuanto a las responsabilidades de Delly diferenciándolas de las de los padres, siendo estas cualitativamente distintas en función a los roles y la edad de cada uno.
- C. La familia de la paciente puede encaminarse a la consecución de las metas de los hijos ya que ellos ahora tienen más claro lo que se espera de cada uno, al clarificar las jerarquías familiares en las que están insertos los subsistemas parental y filial.
- D. Los síntomas que presentaba la PI estaban relacionado a la confusión sistémica y a las expectativas irreales que habían depositado en ella tanto la madre como los hermanos, al quedar libre de responsabilidades que no le compete, puede enfocarse más en sus metas y preocupaciones propias de una persona que está en una etapa de cambio y crecimiento tanto personal como laboral.

V. RECOMENDACIONES

- A. Teniendo en cuenta la naturaleza tanto de la ansiedad como la depresión, la PI debe de continuar con las interconsultas con su médico tratante y realizar un seguimiento a los 6 meses.
- B. Cuando una familia está en tratamiento y se atribuyen los problemas o síntomas exclusivamente a uno de sus integrantes, observar coaliciones o triangulaciones, siendo que un problema sistémico se está atribuyendo a uno de sus miembros.
- C. Evitar los intentos de explicar estos síntomas de manera lineal (sólo orgánico o sólo sistémico) ya que desde la observación debemos analizar los síntomas como un mecanismo homeostático y evolutivo.
- D. Se sugiere profundizar en las investigaciones relacionadas a coaliciones intergeneracional y la presencia de síntomas ansiosos y depresivos.

VI. REFERENCIAS

- Alzuri, M., Hernández, N. y Calzada, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 7(3), 45-56.
<https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/541>
- Amaro Del Ángel, S. (2012). *Funcionamiento de la familia con la presencia sintomática del oposicionismo*. Retos y alcances de la investigación conductual. México: Tampico.
<https://www.eumed.net/libros-gratis/2013a/1336/1336.pdf>
- Artigas, L., Mateu, C., Vilaregut, A., Feixas, G. y Escudero, V. (2017). Couple therapy for depression: Exploring how the dyadic adjustment determines the therapeutic in two contrasting cases. *Contemporary Family Therapy*, 39, 195-206.
<https://merit.url.edu/ca/publications/couple-therapy-for-depression-exploring-how-the-dyadic-adjustment-4>
- Bandura, A. (2004). Health Education & Behavior. In A. Bandura, Health Promotion by Social Cognitive Mean, 31, 143-164.
- Bendezú, G., Espinoza, D., Torres-Román, J. y Huamán, R. (2016). Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*. 62 (1).
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-74502008000300005&script=sci_arttext
- Builes, V. y Bedoya, M. (2008). La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(3), 344-354.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502008000300005&script=sci_arttext
- Cabrera, Y. (2019). *Conductas disruptivas y funcionalidad Familiar en estudiantes de una institución Educativa de Chiclayo*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio USS. <https://repositorio.uss.edu.pe>
<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6372>

Capellino, R., Garibotti, G., Zacharías, D. y Rendo, J. (2019). Depresión subclínica: un problema no visibilizado. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 30, 253-258.

<https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/169>

Carlessi, H. (2021). Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19. *Revista Facultad de Medicina y Humanidades*, 21(2), 346-353.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312021000200346&script=sci_arttext

Carrasco, M. (2019). Factores clínicos epidemiológicos asociados a depresión en el Perú en el año 2017. [Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio institucional URP. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1859>

Castillo, I., Ledo I. y Del Pino, C. (2012). Técnicas narrativas: Un enfoque psicoterapéutico. *Norte de Salud Mental*, 10(42), 59-66.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3910979>

Clasificación de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud (CIE 10, 2000)

Clasificación de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud (CIE 11, 2019)

Chávez, E. y Hilario, R. (2022). *Relación entre funcionalidad familiar y autoestima en estudiantes de una universidad en Huancavelica – 2020*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Huancavelica]. Repositorio institucional UNH.

<https://repositorio.unh.edu.pe/items/49b50c0a-9322-465d-8aa9-982f14a2dfea>

Esteves, A., Paredes, R., Calcina, C. y Yapuchura, C. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comuni@cción* 11 (1).

<http://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017*

https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1525/index.html

Guevara, M. (2019). Calidad de vida en los adolescentes de la comunidad Champamarca distrito Simón Bolívar - Cerro de Pasco 2017.

<http://168.121.45.179/handle/20.500.11818/4423>

Guzmán, K., Bastidas, B. y Mendoza, M. (2021). Estudio del rol de los padres de familia en la vida emocional de los hijos. *Revista de Investigación Apuntes Universitarios*, 9(2), 62-63. <https://doi.org/10.17162/au.v9i2.360>.

Henken, V., Seemüller, F., Obermeier, M., Adli, M., Mundt, C., ... y Riedel, M. (2010). ¿Predice la mejoría precoz inducida por los antidepresivos la respuesta/remisión? *Psiquiatría Biológica*, 17(2), 45-53.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593410000096>

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill.

<https://www.academia.edu/download/64591365/Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n.%20Rutas%20cuantitativa,%20cualitativa%20y%20mixta.pdf>

Horrocks, J. (2013). *Psicología de la adolescencia*. Trillas.

Irueste, P., Guatrochi, M., Pacheco, S. y Del Federico, F. (2020). Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 41(1).

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7686783>

Linares, J. (2002). ¿Protección o maltrato institucional? Una encrucijada en las políticas de atención al menor. *Perspectivas sistémicas*. (S/N).

https://esmihija.es/wp-content/uploads/2016/02/%C2%BFPROTECCI%C3%93N-O-MALTRATO-INSTITUCIONAL_-UNA-ENCRUCIJADA-EN-LAS-POL%C3%8DTICAS-DE-ATENCI%C3%93N-AL-MENOR_.pdf

Linares, J. (2012). *Terapia familiar ultramoderna*. Herder.

López, W. (2016). El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. *Educere*, 17, (56), pp. 139-144. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35630150004.pdf>

Martín, J. (2006). *Modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003)*. [Tesis de Maestría, Universidad de Salamanca]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=144464>

Martínez, S. y Canetti, A. (2019). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología Conocimiento y Sociedad*, 9(1) 01, 45. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-70262019000100138&script=sci_arttext

Ministerio de Salud. (2023). *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de la Salud Mental Comunitaria 2018 a 2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

Minuchin, S. (2009). *Familias y Terapia Familiar*. Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.

Montalvo, J. (2000). Los efectos del uso de la retroalimentación estructural familiar en varias etapas del ciclo vital. [Tesis de Doctorado]. Universidad Iberoamericana.

Osorio, C., Castaño, E., Ortiz, B. (2022). Sentido de vida y su asociación con la ansiedad y la depresión en jóvenes. *Interdisciplinaria*, 39(2), 355-368 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272022000200355&script=sci_abstract&tlng=en

Organización Mundial de la Salud (2019). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

Organización Mundial de Salud (2020). *Informe mundial sobre la violencia y la salud.*

Biblioteca de la OPS. https://doi.org/http://ovsyg.ujed.mx/docs/marco-ormativo/Informe_mundial_sobre_la_violencia_y_la_salud.pdf.

Palacios, X. (2019). Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano?

Revista Ciencias de la Salud 17(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-72732019000100005&script=sci_arttext

Sánchez, A., Andrade, P. y Lucio, M. (2020). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6, (2), 16-17. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6901796>

Umbarguer, C. (1983). *Terapia familiar Estructural*. Amorrortu.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2022). *Aportes de UNICEF al abordaje del ciclo de vida “Primera infancia” en el marco del Proyecto Nacional de Transformación Educativa 2020/2021.*

<https://www.unicef.org/paraguay/media/8201/file/Aportes%20de%20UNICEF%20al%20abordaje%20del%20ciclo%20de%20vida%20%E2%80%9CPrimera%20infancia%E2%80%9D.pdf>

Watzlawick, P., Beavin, y J. y Jackson, D. (2010). *Teoría de la Comunicación Humana*. Herder.

Wu, L. y Anthony, J. (2000). The estimated rate of depressed mood in US.

adults: recent evidence for a peak in later life. *Journal of Affective Disorders*, 60, 159-171.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032799001767>

ANEXOS

Anexo A.

Consentimiento Informado

El propósito de este documento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol, como participantes, en ella. La presente investigación es conducida por la estudiante de la Segunda Especialidad en Terapia Familiar Sistémica, Marta Flores Prado. La meta de este estudio es describir la aplicación del modelo estructural sistémico como una alternativa psicoterapéutica en la resolución de conductas de riesgo en una joven. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá participar en las entrevistas, las cuales tienen una duración de aproximadamente 45 minutos. 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. Sus respuestas a la ficha de datos demográficos y a los Cuestionarios serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

El correo de contacto es:

Desde ya, agradezco su participación.

Firma

Fecha

Anexo B.**Genograma**

Fig. 1

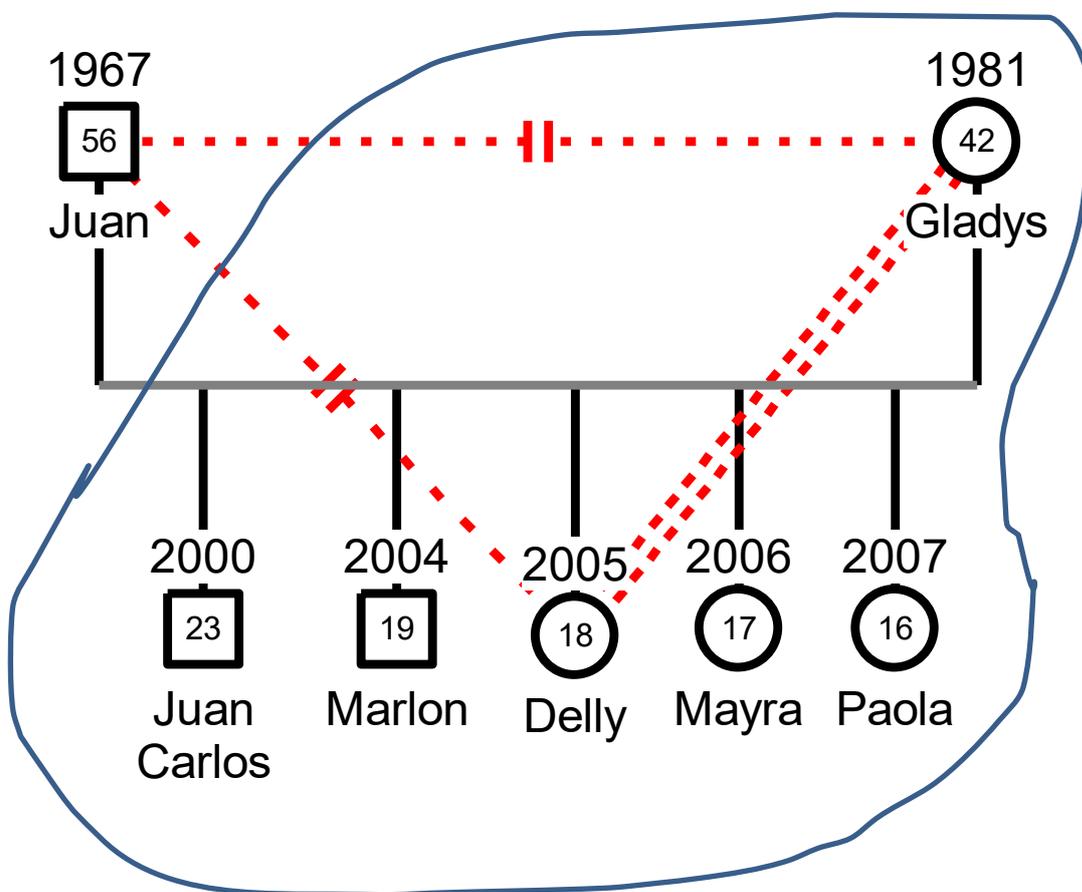
Genograma pre terapia

Fig. 2

Genograma post terapia