



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PSICOTERAPIA INTEGRATIVA DE UN ADOLESCENTE TEMPRANO  
CON CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO.**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**RODRÍGUEZ GARCÍA DULCE CAROLINA.**

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ.**

**REVISORA: DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA**

**COMITÉ**

**DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL ANCONA**

**DRA. MARÍA SANTOS BECERRIL PEREZ**

**MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA**

**CIUDAD DE MÉXICO**

**AGOSTO, 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

### ***A mi familia....***

*Agradezco a mi familia principalmente a mi mamá Nicolasa Vázquez, quien es parte fundamental no solo de lograr terminar la licenciatura sino de mi vida, pilar fundamental que me otorgo valores, amor y soporte en todos los sentidos, llenándome de ánimo, levantándome o apapachándome en cada momento que fuera necesario, una mujer de roble a quien le debo todo lo que logro y lo que soy, la mujer que más amo, siempre comprensiva y cariñosa.*

*Agradezco a mi madre Eugenia quien con su ejemplo de arduo trabajo me motivó a nunca rendirme y buscar soluciones a cada dificultad presente a lo largo de mi educación superior, quien no dudo en brindarme su apoyo moral e incentivarme a lograr la titulación para crecer en mi vida académica y profesional, mujer a quien respeto y adoro, porque sin importar la circunstancia siempre está presente.*

*Las amo demasiado y me siento muy orgullosa de ser su hija, son el motor para cada paso que doy en mi desarrollo personal y profesional.*

*Agradezco a mi hijo Jesús, quien a pesar de ser tan pequeño con uno de sus abrazos me cargo de energía y risas, un pequeño extraordinario que siempre tengo presente para seguir adelante, te amo demasiado eres luz en cada mañana.*

*Agradezco a mi hermano José por cada taza de café y charla de media noche para mantenerme despierta. Te quiero hermano porque en medio de todo varios semestres tu café me ayudo a ir avanzando en el trayecto de la licenciatura.*

### ***A mis amigas....***

*Agradezco a Nelly con quien comencé la licenciatura y gracias a su apoyo emocional que siempre me brindó, logro culminar esta tesis de la que ella es parte como impulsora para lograrlo, con su apoyo en las clases, durante las noches de estudio, al escribir esta tesis y con la motivación llena de risas durante el tiempo compartido.*

*A Brenda amiga también de toda la licenciatura, que en esta recta final de la titulación me apoyo, consoló, escucho, oriento y ayudo en cada paso, en medio de todo su apoyo es que he logrado culminar mi trabajo de grado de licenciatura.*

*Agradezco a Alina sin ti y tu pensamiento objetivo y tu apoyo cercano en los meses más angustiosos este trabajo no habría sido terminado, sabemos no somos muy expresivas pero te quiero mucho.*

*Agradezco a los que se sumaron a mi vida durante esta última parte de la titulación.*

*A Damaris una amiga y compañera inesperada quien me motivo a que si era posible trabajar y lograr concluir la titulación en medio de la pandemia, noches de desvelo escuchándonos mutuamente y animándonos fue esencial.*

*A Irving quien llevo para convertirse en un amigo increíble que con su visión positiva, sus increíbles platillos, agradable compañía y comentarios tanto divertidos como objetivos al final de esta tesis, me escucho e impulso a dar ese esfuerzo extra para poder lograrlo manteniendo la persistencia en otros proyectos que sin este trabajo de grado serían imposibles.*

### ***A las profesionales de la psicología...***

*Agradezco a la Dra. Mancilla quien bajo su dirección la presente tesis tuvo la guía académica cargada de su amplia expertis en la psicología clínica y con quien también tuve el placer de tener mi primera clase de licenciatura y mi primer contacto en atención a los pacientes mediante su servicio social.*

*Agradezco a la Dra. Esparza por su apoyo brindado en la retroalimentación, quien con su amplia experiencia y conocimiento enriqueció este trabajo.*

*Agradezco a la Dra. Esquivel, a la Mtra. Somarriba y a la Dra. Becerril quienes con su paciencia a pesar de la distancia que la pandemia ocasiono me apoyaron para culminar este trabajo, aportándome con sus sugerencias y con su compromiso, los cuales me han permitido dar este paso para convertirme en una profesional.*

*En general mi agradecimiento y respeto a todo mi jurado, por su participación en la realización y presentación de esta tesis.*

*Finalmente quiero agradecer a la vida y Dios, por llenarme de todas estas bendiciones en forma de familia y amigos, de quienes siempre aprendo y quienes siempre me motivan, los amo a todos.*

## ÍNDICE

### PSICOTERAPIA INTEGRATIVA DE UN ADOLESCENTE TEMPRANO CON CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO.

Resumen .....	1
Psicoterapia integrativa de un adolescente temprano con conducta sexual de riesgo. ....	2
<b>Capítulo 1. El desarrollo en la adolescencia</b> .....	<b>4</b>
1.1 Desarrollo biológico .....	4
1.2 Desarrollo y sexualidad .....	6
1.3 Desarrollo cognitivo .....	7
1.4 Desarrollo moral .....	9
1.5 Desarrollo psicosocial .....	10
1.6 Desarrollo psicológico .....	15
<b>Capítulo 2. La familia y el adolescente.</b> .....	<b>16</b>
2.1 Definición de familia y tipología .....	17
2.2 Conducta antisocial y adolescencia .....	20
2.3 Estilos parentales .....	21
2.4 Prácticas parentales .....	26
<b>Capítulo 3. Psicoterapia integrativa</b> .....	<b>29</b>
3.1 El enfoque sistémico .....	31
3.1.1 Bases teóricas del enfoque sistémico .....	31
3.1.2 Terapia individual sistémica .....	34
3.1.3 Proceso de la terapia individual sistémica .....	37
3.2 Enfoque narrativo .....	38
3.2.1 Principios de la terapia narrativa .....	41
3.2.2 Documentos terapéuticos .....	43
<b>Método</b> .....	<b>45</b>
Descripción del caso clínico .....	47
Motivo de consulta .....	48
Expectativas del tratamiento del paciente .....	48
Descripción .....	49
<b>Procedimiento</b> .....	<b>50</b>

Fase 1. Evaluación y psicodiagnóstico .....	50
Fase 2. Intervención .....	53
Fase 3. Cierre del proceso terapéutico .....	59
<b>Resultados.....</b>	<b>62</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>64</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>66</b>
<b>Limitaciones y sugerencias .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>68</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>76</b>

## Resumen

La adolescencia es una etapa compleja siendo común que durante este periodo se presenten distintos conflictos o conductas rebeldes, sin embargo en algunos casos que cuando rebasan fuera de lo esperado resulta importante recibir atención psicológica, como el caso que se presenta en este trabajo, donde un adolescente el cual intentó abusar sexualmente de su prima, motivo por el que fue atendido en el Centro de Atención Psicológica Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología, UNAM. Debido a las características de este caso, se eligió un enfoque flexible que permitiera adaptar el proceso terapéutico a la edad del paciente y que otorgara relevancia al contexto. El enfoque utilizado fue integrativo bajo la modalidad de integración asimilativa, se conjuntaron técnicas del enfoque narrativo y sistémico, pues ambos resultaron funcionales para poder atender las variables que pudieron llevar al paciente a dicho acto, volviendo soluble el motivo de consulta. Se trabajó desde la postulación de distintos objetivos terapéuticos logrando una intervención a nivel preventivo para que no se prolongue o repita el comportamiento disruptivo, se enfocó en la potenciación de sus propios recursos y la orientación a sus padres. El proceso terapéutico culminó de manera satisfactoria, debido a que los cambios se mantuvieron hasta el seguimiento realizado en el centro de Atención Psicológica. Este tipo de análisis de casos clínicos resultan relevantes para poder tener información acerca de variables importantes a considerar en la intervención psicológica con pacientes que presentan conductas antisociales.

## **Psicoterapia integrativa de un adolescente temprano con conducta sexual de riesgo.**

En el marco de la diversidad de contextos que coexisten en México, actualmente en la modernidad se enfrentan constantemente las tradiciones y los estereotipos del pasado con las nuevas formas de pensamiento respecto a la libertad sexual y a la ruptura de tabúes. En este contexto, surgió con mucha fuerza visibilizar la agresión sexual como uno de los delitos con mayor índice de presencia en el país.

En cuanto a la información disponible sobre este delito, principalmente versa sobre cuestiones legales, mientras que en el ámbito de la psicología se enfoca en las víctimas, encontrando que al profundizar en los agresores resulta escaso el contenido, pues, aunque existe información con respecto a ellos, para poder entender su funcionamiento mental resulta necesario la exploración de aspectos que influyen en conductas previas a cometer un delito.

Desde esta perspectiva, resulta importante dirigir la atención hacia lo que ocurre con el agresor, teniendo presente que es una persona con historia previa a convertirse en un delincuente, para de esta forma hacer conciencia acerca de, qué situaciones o factores resultan áreas de oportunidad para fomentar la salud mental, y así, lograr una intervención oportuna en el paciente que presenta conductas de alerta previas a convertirse en un delincuente.

Por ello, es conveniente aportar información al ámbito de la psicología acerca de este tema sobre, cómo se podría intervenir en conductas previas o relacionadas con el acto delictivo de violación, para robustecer la práctica clínica y la visión acerca de la intervención en estos casos. El presente trabajo busca aportar información a esta temática, mediante la exposición de un caso clínico, sobre la experiencia en la intervención de un caso de intento de abuso sexual cometido por un adolescente atendido en el Centro de Atención Psicológica Dr. Guillermo Dávila. Este caso fue abordado desde uno de los enfoques más flexibles en psicología clínica, el enfoque integrativo.

Este enfoque permite realizar intervenciones que se adaptan a las características y necesidades del paciente, siendo el ideal para responder a la flexibilidad que se requiere para trabajar a nivel terapéutico con el adolescente, como para entender al individuo desde los



distintos aspectos que influyen en él. Pues el poder realizar la intervención desde más de un enfoque, permite englobar y abordar de manera más completa el motivo de consulta. Siendo imprescindible, retomar y exaltar las múltiples variables que son necesarias para poder comprender al ser humano y por ende al paciente, para desarrollar una intervención adecuada se hace indispensable tener una mirada holística del sujeto, donde se le considere como parte de un todo y como todo influye en él. En lo que atañe al caso presentado, como parte de este todo, fue importante tomar en cuenta su desarrollo biológico, su contexto social y familiar, así como su propio funcionamiento psíquico tanto a nivel de pensamiento, sentimiento y acción.

Con la finalidad de exponer de manera clara, cómo se realizó la intervención y, tomando en cuenta los aspectos que se consideraron para la elección del enfoque en el proceso terapéutico, se presentaron tres capítulos. En el capítulo 1 Desarrollo en la adolescencia, se expone acerca de todos los cambios propios de la etapa de desarrollo en la que se encontraba el paciente. En el capítulo 2 La familia y el adolescente, donde se hace un recorrido acerca de uno de los pilares fundamentales en la construcción del ser humano, centrado en su relevancia en la formación del adolescente. En el capítulo 3 Psicoterapia integrativa, se presentan los fundamentos del enfoque integrativo y los enfoques que formaron parte de la intervención. En el apartado Descripción del caso clínico se presenta a detalle los datos relevantes sobre la familia del paciente así como el estado en el que llegó al Centro de Atención Psicológica; posteriormente, en el apartado de Procedimiento se exponen las tres fases del proceso terapéutico mediante la descripción de las sesiones más relevantes, las técnicas utilizadas y los avances que se fueron obteniendo, para finalizar después con la presentación de los resultados del proceso así como la discusión de estos, las aportaciones y las limitaciones de la información obtenida.

## **Capítulo 1. El desarrollo en la adolescencia**

El desarrollo es un proceso que se da durante toda la vida, generalmente, se divide en etapas debido a que en diferentes estadios de la vida hay hitos y sucesos que se diferencian ampliamente. Este capítulo se enfoca específicamente en la adolescencia, la cual se “ubica entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto” (Gaete, 2015, p.437).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999, como se citó en Gaete, 2015) señaló que la adolescencia abarca de los doce a los diecinueve años y la misma organización la divide en dos fases, sin embargo, debido a los intereses específicos del presente trabajo, se utiliza la definición sobre los rangos etarios que Gutgesell y Payne proponen (2004, como se citó en Gaete, 2015), ellos mencionan que la edad que abarca de los 10 a los 21 años y a su vez, estos están divididos en tres etapas: la adolescencia temprana (de los 10 a los 15 años), adolescencia media (de los 14 a los 17 años) y adolescencia tardía (de los 17 a los 21 años). Es necesario recordar que el inicio y final de estas etapas no es del todo exacto, pues los cambios son distintos dependiendo de cada persona, por lo que los autores manejan un margen de entre uno y dos años entre etapas. En estas etapas el adolescente tendrá cambios biológicos y, al mismo tiempo, afrontará cambios cognitivos, morales, sociales y psicológicos.

### **1.1 Desarrollo biológico**

Dentro del periodo de desarrollo que se aborda, se encuentran los cambios propios de la pubertad, que son aquellos que ocurren a nivel físico y que tienen un correlato netamente biológico, estos cambios a nivel físico son destacables principalmente por la aparición de las características sexuales secundarias. “El desarrollo del vello pubiano y crecimiento de los testículos, pene y desarrollo de las mamas son los hechos más destacados de los cambios en la morfología corporal de los adolescentes” (Iglesias, 2013, p.89).

Como se mencionó, estos cambios tienen un correlato biológico, básicamente hormonal que inicia alrededor de los seis u ocho años, cuando ocurre un aumento en la producción de hormonas sexuales, como los andrógenos y los estrógenos por parte de las glándulas suprarrenales, este hecho precede a “la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y es independiente de él” (Iglesias, 2013, p.89), estas hormonas que aumentan son “precursoras de potentes hormonas, como la testosterona y la dehidrotestosterona (...) esta secreción hormonal

se va a traducir en crecimiento de vello axilar y púbico, desarrollo de olor corporal e incremento de la secreción sebácea” (Iglesias, 2013, p.89).

Otro cambio importante a nivel hormonal es el aumento en la secreción de otras hormonas, como lo son la hormona estimulante del folículo (FSH) y la hormona luteinizante (LH), en el caso de las mujeres la primera, además de aumentar la producción del estradiol, como su nombre lo indica, también estimula los folículos primarios, de manera que favorece la maduración de los óvulos y la aparición de la ovulación. La segunda hormona (luteinizante) coadyuva en la producción de andrógenos y progesterona. En el caso de los hombres estas hormonas también contribuyen a cambios importantes, por una parte, la FSH estimula la gametogénesis y la LH estimula a las células de Leyding para la producción de testosterona (Iglesias Diz, 2013).

Estos cambios pueden ser considerados como los principales a nivel hormonal involucrados en el desarrollo de los órganos sexuales, de la misma manera otros cambios en la morfología de los púberes están relacionados a cambios biológicos, como el crecimiento, pues durante la pubertad es característico y hasta un clásico del lenguaje coloquial “dar el estirón”. En este crecimiento característico de la adolescencia participa principalmente: la hormona del crecimiento (GH), la tiroxina, la insulina y los corticoides, estos influyen en el incremento de la talla y en la celeridad del crecimiento (Iglesias Diz, 2013).

La GH es la hormona clave en el crecimiento longitudinal; esta secretada bajo la influencia del factor de liberación GHRH y la somatostatina. Las somatomedinas o factores de crecimiento de tipo insulínico, son estimulas por la GH y actúan sobre el crecimiento óseo (Iglesias, 2013, p.90).

Además del crecimiento longitudinal, durante la pubertad hay un incremento en la talla, el peso y un aumento en el tejido graso principalmente en las mujeres y en los hombres un desarrollo muscular. A parte de los cambios físicos que son regulados desde las funciones biológicas, principalmente hormonales, durante la pubertad también se han revelado algunos cambios a nivel cerebral de destacable interés, pues se presenta un “adelgazamiento progresivo de la substancia gris que avanza desde las regiones posteriores del cerebro hacia la región frontal, estas regiones que maduran más tardíamente, están asociadas con funciones de alto nivel, como la planificación, el razonamiento y el control de impulsos” (Iglesias, 2013, p.92).

Este cambio es destacable, porque podría representar una explicación a las conductas de riesgo, a los problemas relacionados con la toma de decisiones y a la falta de regulación emocional que frecuentemente se presentan en los adolescentes.

## **1.2 Desarrollo y sexualidad**

Los cambios biológicos además de traducirse en cambios físicos vienen acompañados de cambios en otros ámbitos, uno de ellos es el desarrollo sexual. El influjo de las hormonas también se refleja en el despertar sexual, en la actualidad se ha visto un decremento en la edad que los adolescentes tienen para iniciar su actividad sexual, "Las estadísticas indican que el primer coito, tanto en varones como en mujeres, ocurre uno o dos años después de la aparición de la menarquía y espermarquia" (Morris, 1992; Haffner, 1995, como se citó en Shutt-Aine y Maddaleno, 2003, p.31), esto repercute a nivel psicológico en los púberes, pues si bien los hitos de la menarquía y de la espermarquia indican que hay un desarrollo a nivel biológico, aun no existe un nivel de maduración cognitiva adecuado para iniciar con la actividad sexual.

Durante este periodo aumenta la conciencia de los adolescentes sobre sus sentimientos sexuales, sobre la atracción sexual, el erotismo, la motivación sexual y aparecen los sueños húmedos, inician conductas como la masturbación, sin embargo muchas culturas y contextos sociales, influyen en que los jóvenes generen sentimientos de culpa y miedo al auto-estimularse, aunque la masturbación "tiene consecuencias más saludables para los jóvenes que el coito" (Santrock, 1998; Silber, et al. 1992, como se citó en Shutt-Aine & Maddaleno, 2003, p.31).

La maduración sexual además de incluir el factor biológico debe estar acompañada por el cognitivo y emocional, con la finalidad de lograr una óptima salud sexual. Un papel fundamental también es el que está en manos de los adultos y especialmente de los padres o cuidadores primarios, pues son ellos quienes tienen en su poder la posibilidad de brindar información adecuada y oportuna a los adolescentes, con la finalidad de prepararlos para los cambios que enfrentan (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

Lograr una óptima salud sexual se podría traducir principalmente en algunas tareas que deben de llevar a cabo los adolescentes como: el saber apreciar su cuerpo y los cambios que sufre, como un proceso natural, considerando este autoconocimiento como una habilidad, lograr la identificación de género que incluye el reconocimiento y conciencia de que uno es hombre o

mujer y el comprender las funciones, valores y responsabilidades del ser hombre o mujer y encontrar el auto concepto sexual que implica la reflexión y evaluación de un individuo sobre sus sentimientos y conductas sexuales (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

Los sucesos sobre el desarrollo sexual mencionados se presentan en distintos momentos de la adolescencia, pues este periodo es muy amplio, sin embargo, en cada etapa de la adolescencia se pueden encontrar otros cambios y eventos que resaltan particularmente en cada etapa.

Para concluir, queda claro que, en la adolescencia temprana al iniciar el desarrollo sexual el adolescente está enfocado en la preocupación que le generan los cambios físicos que su cuerpo está teniendo, estos le llevan a desarrollar un sentimiento de inseguridad hacia su aspecto que tiende a cotejar con los estereotipos propios de su contexto. Conforme se va dando el desarrollo, gradualmente van disminuyendo las inseguridades del adolescente y empieza a tener una aceptación de su cuerpo, va a tomar conciencia de su orientación sexual en la mayoría de los casos e intentará probar su atractivo mediante su imagen y su conducta, es decir empezaran a probar distintos estilos con su cabello y vestimenta e iniciarán conductas de coqueteo; también es altamente probable y esperado que durante esta etapa, que abarca de los 14/15 años a los 16/17 años, el adolescente inicie con varias conductas sexuales, incluso con las relaciones sexuales o el coito. Para la adolescencia tardía se espera que esté terminando de consolidar con éxito las tareas mencionadas, el autoconcepto sexual, la identificación de género y la aceptación de su físico.

### **1.3 Desarrollo cognitivo**

La palabra cognición se refiere a la forma en la que adquieren conocimientos, para explicar cómo se desarrolla la cognición se utilizará la clásica teoría de Jean Piaget (Rice, 2000) quien dividió el desarrollo de la cognición en cuatro etapas.

- Sensoriomotora presente a la edad de dos años
- Preoperacional que se ubica desde los dos hasta los siete años
- Operacional concreta presente en los niños.y niñas de los siete hasta los once años aproximadamente

- Y la etapa operacional formal que comienza a los 11 o 12 años

Debido a que el centro de este capítulo versa sobre el desarrollo adolescente, se describe de manera breve las primeras dos etapas. La etapa sensoriomotora se caracteriza primordialmente porque la conducta surge como una respuesta a un estímulo o a una necesidad, esto ligado a la realidad física inmediata, por lo que no se puede decir que exista una cognición como tal en este período, pero resulta importante resaltar que al final de este período se inicia “una transición hacia el juego simbólico” (Rice, 2000, p.132).

Por otra parte, en el período preoperacional existe particularmente el razonamiento transductivo que “ocurre cuando el niño/a procede de lo particular a lo particular, sin generalización” (Rice, 2000, p.132); también, en este período, los niños/as hacen intentos por vincular dos ideas que no tienen relación alguna, a esto se le conoce como sincretismo, “Relacionado con todas las características anteriores está el centramiento, que se refiere a las tendencias de centrar su atención en un detalle, y su incapacidad para cambiar su atención a otros aspectos de una situación” (Muss, 1988, como se citó en Rice, 2000, p.132).

En la etapa de las operaciones concretas, los niños/as que se encuentran a unos años de iniciar la adolescencia tienen la capacidad de organizar los objetos en clasificaciones jerárquicas, pues ya pueden entender la relación que los objetos tienen con sus respectivas jerarquías (Rice, 2000). Una de las razones por las que pueden pensar lógicamente es que son capaces de ordenar objetos en clasificaciones jerárquicas y comprender las relaciones de inclusión de clase (la inclusión de objetos en diferentes niveles de la jerarquía al mismo tiempo). También pueden comprender que un mismo objeto puede pertenecer a diferentes jerarquías, que existen relaciones simétricas. Durante este periodo se desarrollan fundamentalmente cuatro operaciones concretas:

1. Inclusividad. Dos o más clases pueden ser combinadas en una más grande, más comprensiva.
2. Reversibilidad. Cada operación tiene una operación opuesta que la invierte.
3. Asociatividad. El niño/a, cuyas operaciones son asociativas, puede alcanzar una meta de varias formas... pero los resultados obtenidos permanecen iguales.

4. Identidad y anulabilidad. Una operación que está combinada con su opuesta se anula (Muss, 1988, como se citó en Rice, 2000, p.134).

En este punto del desarrollo cognitivo, la cognición sigue basándose en su realidad empírica.

En la última etapa del desarrollo cognitivo, el adolescente es capaz de pensar en un nivel abstracto que es independiente de la realidad, Piaget subdividió esta etapa en la subetapa III-A y la subetapa III-B, durante la primera el adolescente aun no puede estructurar sus argumentos para demostrar las bases de sus afirmaciones, en la segunda subetapa se consolida el pensamiento formal contando con una cognición más lógica, pueden realizar hipótesis adecuadas, cuestionarse sobre la veracidad de éstas, utilizando el razonamiento deductivo, es decir “pueden empezar a partir de una premisa o teoría general y deducir inferencias lógicas de ella, y después comprobar la validez de estas inferencias” (Berger, 2015, p.551).

#### **1.4 Desarrollo moral**

Para hablar sobre el desarrollo moral que ocurre durante la adolescencia, Gaete, V. (2015), retoma a Kohlberg con su teoría del Desarrollo Moral, la cual está planteada en etapas y niveles. Durante sus estudios sobre el desarrollo moral Kohlberg registro la perspectiva de los procesos de pensamiento que emplean los adolescentes para hacer uso del razonamiento moral y no desde la conducta moral propia, de manera que en sus estudios sobre la moral en el inicio no evaluó la conducta moral positiva o negativa sino meramente los procesos que intervenían para llegar a la conducta moral.

De acuerdo con la teoría del razonamiento moral que encontró durante su estudio, Kohlberg planteó tres niveles de razonamiento moral, los cuales se apegan a la división de las tres fases de la adolescencia que se plantearon al inicio del apartado, durante la adolescencia temprana los púberes están avanzando de un nivel preconvencional o premoral a uno convencional, también llamado de conformidad, donde el razonamiento moral está regido principalmente por lo que los jóvenes entienden como bueno y malo, esto según lo que les ha sido transmitido por sus padres o sus figuras de autoridad; de acuerdo a esta teoría, se encuentran dos tipos de razonamiento, el primero se guía por la evitación de recibir algún castigo y el segundo, se guiará por las recompensas o por algún beneficio que pueda obtener. Por tanto,

“las decisiones morales son principalmente egocéntricas, hedonistas, basadas en el interés propio, en el temor al castigo, en la anticipación de recompensas o en consideraciones materiales” (Gaete, 2015, p.440).

En el nivel convencional, se encuentran los tipos tres y cuatro, el tipo tres se conforma de acuerdo a las convenciones sociales por el temor de recibir alguna censura, reproche o por miedo a causar disgusto en los otros. El tipo cuatro se conforma por un interés propio de que se mantenga el orden y el bienestar social. En este punto cualquiera de los tipos se conforma principalmente por que desean complacer las expectativas de los demás. Como se mencionó, todavía se encuentran algunos adolescentes tempranos pero principalmente en este nivel funcionan los adolescentes durante la adolescencia media.

En cuanto a los niveles de moralidad y la etapa tardía, la mayoría, acorde con Gaete (2015), funcionan en el nivel convencional. Sin embargo, la teoría de Kohlberg señala que existe otro nivel de razonamiento moral, un nivel posconvencional llamado por Kohlberg: Moralidad de principios morales aceptados para uno mismo, en el que la moralidad se basa en derechos y principios universales, en este nivel se encuentran los tipos cinco y seis. En el nivel cinco se encuentran aquellos que se conforman con la finalidad de mantener el respeto de otro u otros, de mantener el “ bienestar humano y la estabilidad pública” (Rice, 2000, p.303); mientras que el tipo seis basa su razonamiento moral en principios de “justicia, autónomos, universales, que son válidos más allá de las reglas actuales, de las condiciones sociales de la moral de los iguales” (Rice, 2000, p.304) de manera que este tipo realmente cree en estos principios.

Es importante recalcar que el desarrollo moral según Kohlberg es un proceso, es decir que se pasan por los niveles de manera sucesiva y participan muchas variables como son el tipo de disciplina y las interacciones que el joven tenga con sus padres y/o figuras de autoridad.

## **1.5 Desarrollo psicosocial**

En el desarrollo psicosocial va a ser muy importante la percepción que el adolescente tenga de sí mismo y la relación que establezca con el medio social y ambiental circundante. Este desarrollo va a estar ampliamente influenciado por la etapa previa a la adolescencia, es decir por la niñez, pues “la capacidad para formar relaciones íntimas se aprende en parte de la familia. Hay una correlación significativa entre las relaciones con los padres y el ajuste social de los



adolescentes” (McCombs, Forehand y Smith, 1998 como se citó en Rice, 2000, p.263), de manera obvia también se verá influido por la parte biológica e influirá y se verá influido por el desarrollo sexual, además de los diversos factores sociales y culturales en los que se encuentre inmerso el adolescente.

Este desarrollo presentará influencias de muchos otros aspectos, sin embargo en la esfera psicosocial, resaltan cuatro aspectos básicos: lucha dependencia-independencia, integración al grupo de amigos, el desarrollo de la identidad y el bienestar emocional.

En cuanto a la lucha dependencia-independencia, es posible pensar que se encontrarán en una disputa, sobre todo alrededor de la edad de doce a catorce años, durante la adolescencia temprana, en este periodo se engloban principalmente la relación con los padres que comúnmente suele ser conflictiva, pues los adolescentes tienen un humor variable debido a todos los cambios que están afrontando, buscan de la independencia de sus padres, se muestran renuentes a recibir consejos de los padres y empieza a priorizar las relaciones con su grupo de pares (Shutt Aine & Maddaleno, 2003).

Esta lucha dependencia-independencia puede ser favorable, facilitándole introducirse a la vida adulta, sin embargo, también puede tornarse negativa y riesgosa, pues el adolescente también podría presentar conductas de riesgo como conductas delictivas, consumo de drogas, entre otras. “La desviación puede ser destructiva en jóvenes que se sienten alienados de la sociedad y sus comunidades, conduciéndoles a comprometerse con estilos de vida poco convencionales y a menudo destructivos” (Juszczak y Sadler, 1999, como se citó en Shutt-Aine y Maddaleno, 2003, p.33). La integración al grupo de amigos es un aspecto fundamental para que los adolescentes desarrollen las habilidades sociales que les serán de gran utilidad en su vida adulta. En este aspecto también resalta el apego que surge con el grupo de pares, pues éste estará de alguna manera reemplazando el apego que hasta antes de la adolescencia tenía hacia los padres.

La integración al grupo de amigos durante la adolescencia supone que se sumerjan en toda una subcultura, pues en estas relaciones y grupos de amigos existe una forma de vida y valores opuestos a los que rigen la sociedad adulta, esta subcultura por supuesto está sostenida por la sociedad adolescente, es decir, “organizaciones estructurales de subgrupos dentro de un sistema social de adolescentes” (Rice, 2000, p.237), en esta sociedad, los adultos no tienen un control total de ellos, en su propia cultura destacarán la conformidad en su grupo de pares y

buscan continuamente su apoyo y aprobación, cosa que favorece la lucha dependencia-independencia mencionada, además esta sociedad le permitirá satisfacer algunas necesidades que Rice (2000, p. 261) menciona:

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias...
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas...
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos en la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.

En cuanto a la identidad, el adolescente vive todo un proceso para poder autodefinirse, para poder “considerar las propias emociones, pensamientos y conductas coherentes” (Berger, 2015, p.580). Dentro de este proceso, pasará primero por la experimentación de distintas versiones de su “yo”. En la mayoría de los adolescentes existirá una imagen del yo, que no es más que el reflejo de sus fantasías, de las ideas tomadas de los medios de comunicación y de las que han surgido de su grupo de pares, por tanto, este yo será uno poco realista y en muchos casos será imposible que el adolescente alcance a llegar a tener un yo como lo fantasea (Berger, 2015).

Esta imposibilidad de satisfacer la imagen del “yo ideal” que han creado a partir de lo mencionado, repercutirá directamente en su autoestima, por lo que esto coadyuvará a que la autoestima del adolescente disminuya, recordando que ya ha sido afectado por las inseguridades que han generado en él, los cambios físicos que está vivenciando, “normalmente la autoestima empieza a desvanecerse en torno a la edad de once años, y alcanza su punto más bajo alrededor de los trece años, momento a partir del que empieza a mejorar lentamente” (Berger, 2015, p.580).

El surgimiento de distintos yo y el ideal del yo que estos tienen, conducirá a los adolescentes a emprender esfuerzos por esclarecer cuál es su yo, cuál es su identidad, en este proceso han de pasar por distintos niveles de identidad.

Berger (2015), en su libro Psicología del desarrollo infancia y adolescencia, explicó los distintos niveles de identidad, resulta conveniente explicar que no se pasa por estos niveles de identidad de forma progresiva, cada adolescente se encontrará en un nivel de identidad u otro dependiendo de lo que ocurre en su desarrollo, contexto y cultura.

El primer nivel que Berger (2015) explicó adaptando las investigaciones de autores como Berzonsky, Kroger, Marcia y Streimatter es el de la identidad prematura, en este nivel el adolescente no ha experimentado con sus distintos yo, el simplemente se ha dejado guiar cual tabla rasa por los principios, creencias y valores de sus padres, por lo que la identidad que tiene no podría considerarse como auténtica.

Algunos otros adolescentes han encontrado imposible cumplir con las expectativas que han depositado en él, tanto sus padres, como sus pares y la sociedad, por lo que adoptan una identidad negativa, que se rige básicamente por ser todo lo contrario a las expectativas de los demás (Berger, 2015).

La difusión es otro nivel de la identidad y ésta surge cuando el adolescente no ha generado ningún compromiso por encontrar y desarrollar su identidad, de manera general acude a la opinión de terceros para hacerse de ideales y para tomar decisiones. Puede darse un periodo de moratoria, esto se refiere a un periodo en el que prueba distintas identidades sin decidirse por ninguna (Berger, 2015).

La consecución de la identidad, es lo que se esperaría se obtuviera durante la etapa tardía de la adolescencia, cuando esto ocurre y el adolescente forja una identidad, tiende a establecer una relación más cariñosa y atenta con sus padres, tiene una autoestima alta, un nivel bajo de prejuicio, ha logrado su autonomía y se muestra más reflexivo, toma decisiones buscando nuevas informaciones y tiene en cuenta la opinión de los demás, además genera relaciones interpersonales más íntimas (Berger, 2015).

El bienestar emocional, se basa fundamentalmente en las redes de apoyo social con las que cuenta, de manera particular las que tiene con los padres y grupo de pares, éstas serán de fundamental importancia para ayudar al adolescente a aumentar su autoestima, pues como se

ha dicho, debido a varias causas la autoestima se ve afectado en este periodo del desarrollo y la autoestima baja “se ve implicada en problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste” (Santrock, 1998 como se citó en Shutt-Aine y Maddaleno, 2003, p.34).

Por otra parte, en el desarrollo psicosocial, existen algunas implicaciones en cuanto al género, ya que en Latinoamérica se tiene la creencia de que ser hombre es igual a tener una personalidad instintiva, agresiva y presentar conductas de riesgo. También existen otras creencias transmitidas de generación a generación versan sobre que la “función de ser hombres puede incluir dominar a las mujeres, asumir riesgos y tratar a las mujeres como objetos sexuales” (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003). Esto se ha ido generando a través de los valores transmitidos transgeneracionalmente así como por la información que en la mayoría de las veces promueve “el sexo irresponsable, alientan la actividad sexual temprana y refuerzan los conceptos de machismo” (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003, p.35).

Se ha explicado a amplios rasgos qué es lo que sucede durante toda la adolescencia, en cuanto al desarrollo psicosocial, sin embargo, no hay que perder de vista que cuenta con distintas etapas, por lo que hay que tomar en consideración que ocurre específicamente en estas. En el desarrollo psicosocial durante la adolescencia temprana se inicia la movilización hacia afuera del seno familiar y es en esta etapa donde comienza la lucha por la independencia, se adquieren más conciencia de los defectos de sus padres y empiezan a depender cada vez más de sus amigos como fuente de bienestar y justo aquí es donde hay mayor cabida a la presión social por parte de su grupo de pares. La adolescencia media se caracteriza en esta esfera del desarrollo por la experimentación de los diferentes “yo” de los que se habló párrafos atrás, al igual que el ingreso a la sociedad adolescente, aquí surgirán las amistades tanto de su sexo como del sexo opuesto y aquí se dará el clímax máximo de conflictos con los padres. Por último, resulta importante mencionar que en la adolescencia tardía se puede notar una menor influencia del grupo de pares, debido a la mayor autonomía que el adolescente ha logrado, dando como resultado que se vuelvan a estrechar los lazos familiares.

## 1.6 Desarrollo psicológico

La adolescencia es una etapa en la que se exaltan los aspectos emocionales, con el aumento de la creatividad y la fantasía. Durante la adolescencia temprana se da un aumento significativo de egocentrismo, hecho que es propio de esta etapa y que va a disminuir conforme alcance la adultez, este egocentrismo se presenta junto con el fenómeno conocido como fábula personal, en esta fábula el adolescente se considera un ser único en sus “pensamientos, sentimientos, creencias, ideales y experiencias” (Gaete, 2015, p.439). Debido al mismo fenómeno, considera que los demás no pueden comprenderlo. Por otra, parte sus emociones constantemente están cambiando y presentan “una tendencia a magnificar la situación personal, falta de control de impulsos y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad” (Gaete, 2015, p.439).

Durante la adolescencia media llega a su punto más alto el distanciamiento con su familia a nivel emocional y se hace primordial las relaciones interpersonales que establezca con el grupo de pares, promoviendo que la opinión que tengan terceras personas sobre su imagen sea de gran importancia para ellos. También desarrolla la capacidad de presentar preocupación por los demás, y a pesar de ya encontrarse con una maduración cognitiva de nivel abstracto, es altamente probable que ante situaciones de alta carga emocional el razonamiento no sea el que pondere en la toma de decisiones (Gaete, 2015).

En la adolescencia tardía se espera que el joven se encuentre preparado para ingresar a la adultez, pues contará con la independencia necesaria y con una identidad consolidada para adquirir las responsabilidades propias de un adulto y podrá resolver los nuevos desafíos de su adultez. Para esta etapa, el adolescente será realista en cuanto a sus limitaciones y podrá marcar su propio sendero para el futuro, sin embargo de no haber podido tener un desarrollo pleno, “puede desarrollar problemas... tales como depresión u otros trastornos emocionales” (Gaete, 2015, p.441).

Aquí es conveniente que enmarcar que el caso que es objeto de análisis en la presente tesis, se refiere a Eduardo, un adolescente que se encontraba inmerso en todos los cambios propios del desarrollo, de manera que su motivo de consulta, el cual fue intento de abuso sexual puede comprenderse como una convergencia de todos estos cambios aunados a su contexto familiar específico.

## Capítulo 2. La familia y el adolescente.

Los adolescentes han de cruzar todos los cambios que acontecen durante esta etapa del desarrollo dentro de un contexto social, cultural e histórico; sin embargo, la primera esfera inmediata en la que han crecido desde su nacimiento es el familiar, por lo que es importante revisar los aspectos en los que influye la familia y cómo lo hace. Para comprender mejor este contexto, a continuación se profundiza sobre algunas de las temáticas asociadas a la familia y cómo se relacionan con el adolescente.

Como se mencionó en el capítulo anterior, durante la adolescencia se presenta cierta conflictividad y distanciamiento afectivo con los padres, que, si bien se pueden asociar a los cambios cognitivos y biológicos ocurridos durante la adolescencia, algunos autores como Méndez et al. (2019) sostienen que estos problemas también son producidos por el contexto en el que se desenvuelven. Cuando entran en esta etapa transitoria entre la niñez y la adultez se manifiestan conflictos con los padres asociados con la comunicación entre padres e hijos, comportamientos agresivos que conducen a castigos y reprimendas.

Domínguez (2013) en su tesis de grado presenta a la familia como la inicial institución escolar en la que el ser humano adopta las primeras normas y valores, y como parte fundamental en la construcción de la personalidad, pues la organización al interior de la familia coadyuvará en la adaptación que el individuo tenga en la sociedad y en el tipo de interacciones que desarrolle con los demás.

El núcleo familiar provee de vivencias fundamentales que le permitirán al ser humano desarrollar habilidades para establecer distintas formas de comunicación, que influyen en las maneras en que el niño/a, futuro adolescente, enfrentará las dificultades que se le presenten, así mismo Domínguez (2013) considera que las vivencias que se dan en la cotidianidad de la vida familiar son un factor importante en la salud mental y la satisfacción personal.

La organización y el funcionamiento familiar fueron estudiados por Renzo y Cahuana (2016), encontrando que la falta de normas claras y los patrones rígidos de comunicación en la familia se encuentran vinculados a conductas antisociales.

Por otra parte, Renzo y Cahuana en 2016 revisaron los estudios realizados por Kazdin (1993), Morales (2008) y Gaeta & Galvanovksis (2011), obteniendo información respecto a la influencia

que tiene la familia sobre el adolescente, los cuales reportaron que la estructura de la familia y la patología de los padres influyen en el desarrollo de trastornos emocionales en sus hijos, así como en el desarrollo de su identidad y en la aparición de conductas disruptivas, aunque de igual forma la familia contribuye a que los adolescentes desarrollen autonomía, autoestima, resiliencia y la competencia socio emocional. Esto debido a que es la familia donde aprende y practica las habilidades socioemocionales. Betancourt y Andrade (2011), reportaron que en cuanto a las dificultades que presentan los adolescentes hay una mayor prevalencia de que los varones presenten problemas de tipo conductual y las mujeres de tipo emocional.

## **2.1 Definición de familia y tipología**

Resulta primordial para estudiar a la familia, revisar cómo es definida por algunos autores que la han estudiado como un sistema o unidad, debido a que es desde el funcionamiento de un sistema que la familia influirá en el adolescente.

La familia fue definida por Minuchin en 1984 (como se citó en Arranz, 2004) como:

El grupo en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia; el primero de ellos principalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares, y por su participación con grupos extrafamiliares (p.42).

Capano, et al; (2016) retoman a Ceberio (2013), para caracterizar a la familia como sistemas que “están constituidos por una red de relaciones, que cumplen con las necesidades biológicas y psicológicas para la supervivencia y conservación de la especie humana” (p. 415).

Así mismo, Capano, et al. (2016) mencionan que es en el seno familiar donde se desarrollan las habilidades que le servirán para su posterior inserción en la sociedad.

Por otra parte, Ackerman (1996 como se citó en Membrillo, 2008) considera a la familia como “la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso... Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud” (p. 42). Estas definiciones permiten notar que el desarrollo de la personalidad y los problemas que puede presentar un adolescente no solo son

producto del sujeto sino de éste en relación con su contexto, así resaltando que el principal entorno que influye es el familiar.

Dentro de las familias cada miembro cumple una función o funciones, estas funciones les otorgan un estatus en relación con su familia, este conlleva ciertos límites en sus conductas y brindan la posibilidad de interactuar en la familia, contribuyendo a su regulación y fortalecimiento, a este estatus o función se le denomina rol y así como ayuda al funcionamiento familiar también puede dificultar o problematizar al adolescente (Membrillo Luna, Fénandez Ortega, Quiroz Pérez, & Rodríguez Lopéz, 2008).

Las familias son clasificadas desde muchas aristas y con base en distintas características, una de estas utiliza como vector la composición familiar, entendiendo como composición a los parentescos o a las personas que habitan en el mismo lugar.

Domínguez (2013), presenta una de las clasificaciones de la familia por su composición que retoma de Sandoval (1998), la cual permite identificar principalmente dos tipos; el primero es la familia nuclear, que está formada por padre, madre e hijos, a su vez en se subdivide en dos subtipos que son la familia diádica y la familia triangular.

En la familia nuclear diádica existe una relación más fuerte entre alguna diada ya sea padre y madre, madre e hijos o padre e hijos, por otra parte en la triangular se encuentra un mayor equilibrio en las relaciones de todos los integrantes de la familia, de manera que no hay lugar para que se presenten inseguridades en algún integrante del sistema familiar. El segundo tipo es la familia extendida, esta se encuentra formada por la familia nuclear y parientes consanguíneos de más de dos generaciones.

Sin embargo, en los tiempos actuales, resulta importante ampliar esta clasificación, pues los cambios sociales, económicos y políticos han dado como resultado el surgimiento de nuevas composiciones en la familia, debido a esto es importante considerar también la clasificación que Membrillo, et al. (2008) hacen de la familia, ya que si bien siguen considerando los tipos de familia nuclear y extensa, agregan a la familia extensa compuesta, la cual está formada por la familia nuclear, parientes consanguíneos y alguna o algunas otras personas sin parentesco.

Otra tipología de familia que resulta relevante en términos de estudiar a esta como un sistema, es aquella que la clasifica en términos de su funcionalidad, es decir en funcionales y disfuncionales. Para poder comprender esta clasificación se considera que una familia es



funcional cuando existe una homeostasis, entendiendo como homeostasis al estado equilibrado, es decir a su capacidad para afrontar los problemas y las crisis que ocurran a nivel familiar (Membrillo Luna, Fénandez Ortega, Quiroz Pérez, & Rodríguez López, 2008).

Las familias funcionales acorde con Ritvo y Glock (2003, como se citó en Domínguez, 2013), se caracterizan por tener un amplio sentido de pertenencia, aceptación y autonomía en cada miembro que la constituye, además de que al interior de esta se encuentran roles bien definidos por medio de los cuales cada integrante aporta al bienestar de la familia.

En estas familias se da la oportunidad para el desarrollo de cada miembro y una mayor atención a los problemas que surjan en las interacciones dentro de ella. Al contar con estas características resulta natural que un desequilibrio en uno de los integrantes afecte a todo el sistema familiar (Domínguez López , 2013).

En la contra parte de esta clasificación están las familias disfuncionales, las cuales Minuchin (1974, como se citó en Ritvo y Glik, 2003), describió como aquellas en las que las interacciones son rígidas y no les resulta viable adaptarse a los cambios, por lo cual sus interacciones disfuncionales se mantienen en una especie de círculo vicioso, debido a que tienen una comunicación deficiente que dificulta las relaciones familiares, interfiriendo con la satisfacción de las necesidades de tipo emocional en ella, lo que conduce a problemas, como el que sus miembros se frustren y muy probablemente se tornen agresivos, otro de los problemas que comúnmente se originan por la deficiente comunicación, es la confusión o poca claridad en los roles dentro de la familia.

La familia al ser un pilar fundamental y una institución que ha existido desde hace mucho tiempo, tiene por objetivo cumplir con ciertas funciones, las cuales tienden a diferir entre los autores o las culturas, sin embargo, en ocasiones solo cambian de nombre, por ello al revisar autores como Capano, et al. (2016) y Ruvalcaba et al. (2016) se puede encontrar que se repiten algunas de estas funciones y al ser objetivo de la familia el cumplirlas es necesario mencionarlas.

La primera función es la de protección, también llamada supervivencia o cuidado, esta hace referencia a que la familia satisface las necesidades biológicas de los hijos o miembros que dependen de ella, lo que les permitirá a sus integrantes en un primer momento la sobrevivencia y a largo plazo mantener cierto estado de salud física.

La segunda que se encuentra de manera recurrente entre los autores, es la función de identidad psicosexual o también llamada sexualidad, mediante esta función la familia prepara a los miembros para que maduren a nivel sexual mediante la educación y permitiéndoles la expresión de su sexualidad, así contribuyendo a que formen sus propios roles sexuales, esta función se lleva a cabo desde que los hijos/as son pequeños, sin embargo, se vuelve más relevante durante el periodo de la adolescencia (Capano, et al; 2016 y Ruvalcaba et al; 2016).

La tercera función que se desempeña es la función de la práctica social, enseñanza de comportamiento o socialización, esta función hace referencia a que la familia proveerá valores individuales y habilidades sociales, que influirán en la forma en la que el individuo entablará relaciones fuera del núcleo familiar, dentro de estos valores y habilidades la familia además transmitirá las tradiciones y la cultura a sus miembros (Capano, et al; 2016 y Ruvalcaba et al; 2016).

Una cuarta función de suma importancia es la de afecto, pues mediante esta el sujeto satisfará sus necesidades emocionales a través del amor, cariño y ternura que reciba en el seno familiar (Capano, et al; 2016 y Ruvalcaba et al; 2016).

## **2.2 Conducta antisocial y adolescencia**

Ahora que se ha profundizado acerca de la familia es posible lograr una mejor comprensión de que, al combinarse una etapa llena de tantos cambios como lo es la adolescencia con un contexto familiar desfavorable, pueden surgir distintos problemas en los adolescentes, uno de estos, es la conducta antisocial que pueden agravarse hasta ser delictivas.

Las conductas antisociales son acciones que violan las normas de la sociedad y que afectan a otros. “Estas conductas pueden variar en su gravedad, cronicidad y frecuencia de presentación, e incluyen una diversa gama de comportamientos que están en relación con la edad y comprenden actos legalmente definidos como delictivos” (Rivera y Cahuana, 2016, p. 86).

Estas conductas antisociales presentan diversas consecuencias, “primero, para el adolescente agresor que a corto plazo le puede significar una pérdida de amistades, e incluso ser suspendido o expulsado del colegio” (Gaeta & Galvanovskis, 2011 como se citó en Rivera y Cahuana, 2016, p.86) y, a largo plazo, “una parte de los niños y adolescentes con conductas antisociales llegados a la adultez, suelen continuar con conductas de tipo criminal, alcoholismo,

afectación psiquiátrica, problemas en el trabajo y problemas familiares” (Kazdin, 1993, citado por Rivera y Cahuana, 2016, p.86).

Cuando el adolescente presenta una conducta antisocial no siempre permanecerá con ella a lo largo de su vida, Terrie Moffitt (1993, como se citó en Rivera y Cahuana, 2016, p.86) explicó esto a través de una teoría taxonómica de la conducta antisocial, él consideró en su teoría que existen dos tipos de conducta antisocial, una de ellas solo se presenta durante la adolescencia y otra que perdura a lo largo del tiempo y explicó que la diferencia entre estas está en la trayectoria del desarrollo.

Para Moffitt (1993 como se citó en Rivera y Cahuana, 2016) “ las conductas antisociales que persisten tienen su origen en la niñez y un muy probable un origen biológico y genético, pues desde la infancia pueden presentar problemas de atención, concentración y comprensión. Por otro lado, aquellos que se presentan solamente durante la adolescencia han sido originados por su contexto” (p.86).

Así la teoría taxonómica de Moffitt, continúa aportando información valiosa sobre la importancia que tiene el contexto del adolescente y esto aunado a lo expresado en apartados anteriores nos permite concluir que la familia es el primer contexto influyente sobre el adolescente.

Una de las maneras en las que la familia influye en el adolescente es por medio del estilo de crianza y las prácticas parentales, ambas temáticas están ampliamente relacionadas y estas se dan dentro de un sistema familiar que cuenta con cierta estructura y organización, en la que cada padre presenta rasgos y actitudes que podrán contribuir potenciando las habilidades y el desarrollo de sus hijos/as o en el aumento de la probabilidad de que se presenten problemáticas en ellos/as.

### **2.3 Estilos parentales**

Los estilos parentales de forma concreta se definen como “las actitudes o creencias generales de los padres acerca de la crianza adecuada para sus hijos” (Solís y Díaz, 2007 como se citó en Pérez, 2013, p.41). Otros autores como Gaxiola (2012) y Torio (2008) encierran la definición de estilos parentales a todas las acciones comunicadas de los padres hacia los hijos e hijas que contribuyen al clima emocional, se debe considerar que estos son ejercidos de

manera continua, es decir que poseen cierta estabilidad, al mismo tiempo que pueden ser flexibles debido a los cambios que se presentan en distintas etapas o crisis de las familias.

Los estilos parentales fueron estudiados por Baumrind (1967, como se citó en Osorio y Sánchez, 1996, p.18) quien en uno de sus estudios acerca del tema exploró el funcionamiento de 110 niños valiéndose de visitas a su hogar, de entrevistas con los padres y observaciones de situaciones estructuradas evaluó cinco aspectos del comportamiento en los infantes:

1. Control de sí mismo
2. Tendencias de acercamiento a estímulos novedosos
3. Humor subjetivo (gusto y placer)
4. Confianza en sí mismo
5. Afiliación con iguales” (Osorio y Sánchez, 1996, p. 18).

Además, midieron cuatro dimensiones de la relación padres-hijos:

1. Control, en este aspecto evaluó el esfuerzo que los padres hacían para contribuir en la modificación del comportamiento de sus hijos y en la introyección de normas.
2. Demanda, aquí valoró la presión que había sobre los niños para que actuaran de acuerdo a su capacidad y para que se responsabilizara su autonomía en la toma de algunas decisiones.
3. Claridad de la comunicación de los padres, aquí se enfocó en estudiar qué método empleaban los padres para que sus hijos/as aceptaran las demandas y en qué forma buscaban que los niños expresaran sus opiniones.
4. Cuidados y atenciones de los padres, en esta dimensión se observó el afecto y la expresión de interés de los padres a los hijos (Osorio y Sánchez, 1996).

Como resultado de este estudio, categorizó los estilos parentales en tres: autoritativo o democrático, autoritario y permisivo, a raíz del estudio de Baumrind diversos autores como Capano (2008), Gaxiola (2012) y Torío (2016) en distintas publicaciones han enriquecido la

caracterización que se hizo de los tres estilos parentales, los cuales se distinguen uno de otro a partir de las siguientes características:

a) *Estilo autoritativo*

Los padres que tienen este estilo parental se caracterizan por las siguientes particularidades, ejercen el control a través de hacer énfasis en los valores sociales, basando su autoridad de modo racional por lo que respetan los intereses, la personalidad y las opiniones de sus hijos, actuando sobre problemas concretos tratando de comprender el porqué de las normas, pero al mismo tiempo se mantienen firmes para hacerlas cumplir, sin que esto les implique restringir a sus hijos e hijas. Hacen uso del castigo limitado, ponen límites claros en la familia y no basan sus decisiones en los deseos de su hijo/a (Gaxiola, 2012).

Estos padres les otorgan y valoran la autonomía de sus hijos/as, respetan su individualidad y sus decisiones, pero a la vez promueven responsabilidad y exigen madurez de estos. La comunicación que establecen con sus hijos/as es frecuente, abierta y bidireccional, lo que favorece el intercambio de opiniones, además su comunicación es lo suficientemente flexible para permitir la libre expresión de las necesidades y objeciones de los hijos e hijas.

En cuanto al afecto, se expresan ternura, calidez, esperanza, cariño y comprensión, lo que hace que exista un tono emocional positivo y un contexto en el que se respeten la experiencia, los sentimientos y pensamientos de los demás. Esto tiene por consecuencia la sensibilidad de los padres a la expresión de necesidades por parte de los hijos/as y la respuesta eficaz de los padres a estas necesidades, dando lugar a un clima de apoyo emocional donde los errores son aceptados mientras los hijos e hijas aprenden mediante la incentivación de su iniciativa y de la afirmación de sus cualidades (Torio, 2008).

B) *Estilo autoritario*

Este estilo caracteriza a los padres que valoran la obediencia y la disciplina como virtudes, por lo que evalúan el comportamiento de sus hijos e hijas en relación a un conjunto de comportamientos estandarizados, es decir un comportamiento rígido que al no satisfacerse es castigado incluso de manera física, siendo el castigo una medida recurrente de estos padres para controlar el comportamiento de sus hijos/as, sin embargo la mayoría de las veces no existe una relación lógica entre el castigo y el hecho por el cual se ha sido castigado, esto da lugar a

que ante las dificultades se den soluciones restrictivas en las cuales no se permitan cuestionamientos y la última palabra la tengan los padres (Torio, 2008).

Estos padres desconfían de la capacidad para responder de forma autónoma de sus hijos/as, por lo que restringen su autonomía, reducen su iniciativa y espontaneidad y no respetan sus decisiones. Además, estos padres tienden a realizar demandas de pulcritud e inculcar respeto por el trabajo por medio de la asignación de tareas en casa (Torio, 2008).

La comunicación entre padres e hijos es casi inexistente, pues como se mencionó, no se admiten cuestionamiento ni opiniones de los hijos e hijas, esta falta de comunicación deriva en una pobre vinculación afectiva, el establecimiento de un apego inseguro y cierta dependencia de los hijos hacia los padres (Torio, 2008).

### *C) Estilo permisivo*

En cuanto a los padres permisivos, lo que resalta es su inseguridad para ejercer su rol de padres, el miedo a influir en los hijos/as y lo desligados que están de los límites que tendrían que establecer. Esto da origen a que no utilicen medidas para ejercer control, lo que fomenta la desobediencia, también seden ante los deseos de sus hijos e hijas estableciendo una relación horizontal con ellos.

Son padres que lo dejan regular sus actividades, realizan pocas demandas de madurez y responsabilidad, ceden la autoridad a los hijos/as, son indulgentes, no consideran necesario el castigo y se sustentan en la idea de neutralidad y no interferencia; lo que de cierta forma hace crecer la espontaneidad, pero esto deriva en la confusión de jerarquías y roles, produce también un distanciamiento afectivo (Gaxiola, 2012).

Así como cada estilo fue enriquecido en su caracterización, también se ha estudiado cómo cada uno de estos influye en los hijos, autores como: Gaxiola, et al; 2012 que retomó a Baumrind (1991), Renzo y Cahuana (2016), Ruvalcaba et al; (2016) y Torío, et al; (2008) estudiaron los estilos de crianza con relación a la presencia de determinadas características o problemáticas en los hijos e hijas criados bajo estos estilos.

En cuanto, al estilo democrático, estos autores encontraron que los hijos presentan una menor tendencia a consumir drogas, tienen menos conflictos con sus padres y una menor impulsividad. En ellos la presencia de conductas antisociales y delictivas son menores, este estilo disminuye también la prevalencia de presentar actividad sexual precoz; por otra parte, favorece

el autocontrol, la postergación de la recompensa y el desempeño a nivel académico (Capano, 2016).

Este mismo estilo, incluso se ha relacionado con un mayor grado de adaptación social, con una mejor introyección y proyección de las normas sociales, los sujetos instruidos bajo este estilo presentan mayor flexibilidad al exponer y escuchar opiniones distintas, desarrollan una mayor asertividad, autoestima, independencia y un nivel mayor de razonamiento moral; además del lado emocional, se regulan mejor, por lo que presentan un estado emocional más estable y son menos susceptibles al estrés psicológico (Capano, 2016).

Los hijos criados bajo el estilo autoritario presentan con frecuencia sentimientos de miedo y enojo, son chicos introvertidos a los que les cuesta establecer relaciones sociales y presentar conductas empáticas, pues tienden a expresar mínimamente afecto con sus pares, además, presentan una menor seguridad en sí mismos, ya que tienden a tener una baja autoestima, también carecen de iniciativa, autonomía y creatividad (Torío, 2008).

Su comportamiento frecuentemente resulta pasivo y temeroso dentro de su núcleo familiar, pero fuera de él puede llegar a ser hostil, agresivo e incluso violento, lo cual llega a provocar problemas de agresión pasiva y violencia, ya que en su familia estos modelos se han fomentado y esto tiende a ocurrir con más probabilidad cuando los padres usan el castigo físico como manera de hacer que sus hijos introyecten las normas, pues estas prácticas no permiten que alcancen a comprender el sentido de estas y las obedece solo por miedo. Además, su conducta depende del control externo de sus figuras de autoridad por lo que surgen problemas de adaptación social y a largo plazo es probable que presenten mayor vulnerabilidad al estrés, la ansiedad y la depresión (Torío, 2008).

Por otro lado, los hijos e hijas de padres permisivos tienden a ser inmaduros, dependientes de los padres, desobedientes y rebeldes, pueden llegar a ser agresivos y tener una autoestima más baja que los hijos/as de padres autoritativos, siendo así más sensibles a la presión social por parte de compañeros y aumentando la probabilidad del uso de drogas (Torío, 2008).

También les cuesta introyectar normas debido a las bajas o nulas demandas que reciben por parte de los padres, esto conlleva a que se les dificulte controlar sus impulsos y posponer las recompensas, por lo que a largo plazo les cuesta trabajo permanecer en las tareas lo que afecta su éxito personal (Capano, 2016).

## 2.4 Prácticas parentales

Una vez que se han explicado los estilos parentales es importante profundizar en las prácticas parentales, ya que de igual forma ellas influyen en la formación de los hijos e hijas; estas se distinguen por que no se tratan en términos generales de creencias o actitudes sino específicamente de los comportamientos y acciones que los padres utilizan para guiar y moldear las conductas de sus hijos/as y así ayudarlos a adaptarse al contexto social.

Las prácticas parentales son definidas como “mecanismos que utilizan directamente los padres hacia las metas de socialización del hijo” (Smetana, 2000 como se citó en Betancourt, et al. 2018, p.s/n). Es a través de estas prácticas también que los padres contribuyen en la adaptación que tengan sus hijos e hijas en el futuro y en los problemas emocionales o conductuales que se presenten.

Estas prácticas, se pueden agrupar en tres grandes categorías que son: afecto, apoyo y control. Darling y Steinberg (1990 como se citó en Betancour, 2011) consideraban que el apoyo hacía referencia a la sensibilidad que los padres tienen para detectar las necesidades de sus hijos e hijas y a la autonomía que les otorgan, así como el grado en que perciben la aceptación de sus padres y el grado en que los toman en cuenta.

Algunas investigaciones como las de Arranz (2004) y Torio (2008) han dado a conocer la relación que tiene un alto apoyo parental con una menor prevalencia en problemas emocionales y conductuales en los adolescentes, además de que el apoyo parental también ha mostrado tener una correlación positiva con el bienestar de los hijos. Por el contrario, la percepción de “un bajo apoyo parental aumenta la probabilidad de consumo de drogas” (Torio, et al., 2008, p.418).

El afecto está relacionado con “aspectos como la expresión de sentimientos, la calidez de relaciones entre padres e hijos, así como un adecuado clima familiar” (Lila y Gracia, 2005 como se citó en Torio, et al; 2008, p. 418). El afecto también se refleja en las acciones que los padres emprenden en favor de que su hijo/a desarrolle su autonomía.

Por control, se hace referencia a las demandas y exigencias que los padres hacen a los hijos/as como medio para fomentar su madurez, aquí también se incluyen las acciones disciplinarias que los padres realizan con la finalidad de obtener obediencia (Betencour Ocampo & Andrade Palos , 2011).



En esta última categoría de las prácticas de crianza se pone de manifiesto la importancia de cómo influyen diferencialmente aquellas prácticas de control coercitivas, de las prácticas de control que se ejercen por medio de la comprensión y la flexibilidad. Pues aquellas coercitivas contribuyen a la presencia de conductas antisociales e incluso Patterson (1992 como se citó en Capano, et al., 2016) en su estudio sobre las prácticas parentales relaciona el control coercitivo con problemas externalizados como agresividad, hiperactividad y delincuencia.

De la diferencia en cómo influyen los distintos tipos de control en el ajuste de los hijos, resulta oportuno profundizar en los tipos de control.

Primero, se retoma la definición del control parental como “el conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos/as, y el conocimiento de las actividades que estos realizan” (Barber, et al; 1994 como se citó en Betancourt y Palo, 2011, p. 28).

Dentro de esta categoría de prácticas de crianza cabe hacer la distinción entre dos tipos de control que son frecuentemente empleados por los padres, el control conductual y el control psicológico, ambos tipos de control versan sobre las acciones de los padres para disciplinar y supervisar a sus hijos e hijas (Betencour Ocampo & Andrade Palos , 2011).

La diferencia básica entre estos dos, es el hecho de que el primero le ayuda a regular su comportamiento sin interferir con su independencia y el segundo resulta tan intrusivo que repercute en su independencia y autonomía (Betencour Ocampo & Andrade Palos , 2011).

El control conductual va de la mano con la supervisión de los padres en el sentido de que los padres tengan conocimiento acerca de las actividades y las personas con las que su hijo/a socializa, por ejemplo, los amigos; esto influye de manera positiva en los hijos. Al respecto, en su investigación, Betancourt y Andrade (2011) encontraron que los hijos/as que cuentan con la supervisión paterna y la comunicación materna son menos proclives a presentar problemas emocionales.

Aunado a que cabe aclarar que los padres que supervisan buscan que la información provenga de sus propios hijos y no de un tercero, ya que esto les permite crear un vínculo de confianza con ellos. El control conductual también ha sido considerado un “factor protector de los adolescentes ante la involucración en conductas antisociales” (Florenzano et al., 2009 como se citó en Ruvalcaba, et al., 2015, p. 225).

En cuanto al control Psicológico, se tiene que tomar en consideración que es un tipo de control pasivo agresivo y que utiliza como estrategias “críticas excesivas, inducción de culpa, invalidación de sentimientos y sobre protección” (Barber, 1996; Morris et al., 2002; Steinberg, 1990 como se citó en Betancourt y Andrade, 2011, p.29).

El control Psicológico se relaciona con más problemas en el comportamiento y con mayores confrontaciones entre padres e hijos durante la adolescencia, debido a que durante esta etapa de su vida los hijos e hijas “suelen buscar una mayor libertad y autonomía, mientras que sus padres y madres intentan seguir manteniendo un control estricto” (Segura & Mesa, 2011 como se citó en Capano, et al., 2016, p. 420). Ruvalcaba, et al., (2016), encontraron que este control se asocia con indicadores de conductas disociales y síntomas de depresión y ansiedad, e incluso recomiendan evitar utilizar este tipo de control y fomentar el control conductual, especialmente el materno.

De esta manera al estudiar las distintas aportaciones respecto a la familia, de autores como Capano (2016), Ruvalcaba (2016) y Betancour Ocampo & Andrade Palos (2011) sobre los cuales se habló en el presente capítulo, es posible comprender como este es un importante aspecto de la formación y el desarrollo del adolescente, pues la interacción al interior de ella, su composición, así como la manera en que establecen límites, roles y jerarquías mediante los estilos y las practicas parentales; aportan a que el joven cruce el camino de la adolescencia de una manera satisfactoria o no.

Por ello, es de suma importancia comprender cómo vive el adolescente esta etapa en su contexto familiar particular, para que mediante ello, se pueda emprender un proceso terapéutico flexible que comprenda como es que la familia participó o influyó en la presencia del motivo de consulta.

### Capítulo 3. Psicoterapia integrativa

El ser humano resulta altamente complejo, cada persona cuenta con sus propias características, habilidades y formas de ver los acontecimientos que ocurren, cada uno también posee una historia particular y pertenece a un contexto singular dentro del que se relaciona de formas particulares con los demás. Esto hace que cada caso que llega a un consultorio sea específico, por lo que cada proceso se tiene que llevar de manera única y debe ser adaptado a todas las características personales, culturales y contextuales; y es aquí donde muchas veces surgen algunas dificultades al tener que seleccionar la forma de intervención más eficiente para cada paciente (Rodríguez Alejo, Cisneros Ramos, & Robles Cedeño, 2018).

Esta complejidad conlleva al terapeuta a replantearse la necesidad de incorporar al proceso no solo el enfoque sobre el cual está formado sino también algunas características o técnicas de otros enfoques, que lo ayuden a complementar su intervención y provean al paciente un proceso más personal que concuerde con sus características. A esta complementación de los enfoques se le denomina Psicoterapia integrativa. De acuerdo con Coonerty (1993) este enfoque psicoterapéutico parte del hecho de comprender la multicausalidad del motivo de consulta proveniente de toda la complejidad que implica el ser humano, pues cada aspecto tanto intrínseco como extrínseco, se entreteteje para dar origen a su forma de conceptualizar y reaccionar a las dificultades que afronta en su vida, lo que le otorga un valor a cada aspecto, dando como resultado una visión unificada de la persona. Por lo que surge la necesidad de ir más allá de los límites de un enfoque, para complementar e integrar aspectos de otros (Drewes, 2011, como se citó en Peralta, 2015, p. 96).

Autores como Van Rijn y Wild (1993, como se citó en Rodríguez, et. al, 2018) encontraron que los pacientes que reciben terapia desde el enfoque integrativo presentan mayor adherencia al tratamiento, lo que resulta de importancia para que los procesos terapéuticos culminen con éxito y de esta manera se genere mayor evidencia acerca de su efectividad. De hecho, el objetivo de la Psicoterapia Integrativas es: “Promover experiencias correctivas considerando el self y personalidad del consultante, en términos cognitivos, afectivos y de nuevos comportamientos. Estas experiencias pueden ser tanto correctivas como enriquecedoras, modificando aspectos nocivos o de riesgo y potenciando los recursos saludables” (Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas, 2020).

En cuanto a la integración de los enfoques existen distintos tipos de integración, las cuales de acuerdo con Norcross (2005, como se citó en Drewes, 2011) son:

1. Eclecticismo técnico: En este tipo de integración se escoge el mejor tratamiento de acuerdo a la persona, el problema y con base en lo que se ha utilizado anteriormente ante problemas similares.
2. Integración teórica: Aquí se busca combinar elementos de dos o más enfoques en busca de que el efecto sea mayor que si se efectuaran estas por separado.
3. Factores comunes: En esta integración se hace uso de los elementos que comparten los enfoques, para hacer más efectivo el proceso terapéutico.
4. Integración asimilativa: La base de esta integración es el modelo teórico sobre el cual se ha formado el terapeuta y con base en su flexibilidad hará posible incorporar técnicas de otros enfoques, ampliando así sus posibles intervenciones (p.29).

Después de que se ha seleccionado utilizar el enfoque integrativo como modelo terapéutico se debe pensar en, cómo se trabajará este, ya sea repartiendo el número de sesiones para cada enfoque o utilizar ambos enfoques en la misma sesión, con la finalidad de potenciar al máximo las ventajas de los enfoques que se utilicen en la integración y permitiendo así el uso oportuno de las técnicas que cada enfoque posee para contribuir al proceso del paciente (Rodríguez Alejo, Cisneros Ramos, & Robles Cedeño, 2018).

El trabajo clínico que se presenta en este documento es el de un adolescente llamado Eduardo con quien se trabajó desde este enfoque. La integración conjuntó a los enfoques sistémico y narrativo, pues como se mencionó el uso complementario de estos enfoques se utilizó con la finalidad de tener una mejor comprensión acerca de la multicausalidad que influyó en su motivo de consulta y también para poder potenciar los recursos con los que contaba el paciente, de manera que en los siguientes apartados se explicarán brevemente los modelos empleados en la intervención desde el enfoque integrativo.

### **3.1 El enfoque sistémico**

El enfoque sistémico se ha nutrido de diferentes perspectivas y formas de comprender al ser humano y en sus inicios se utilizó fundamentalmente como la base de las terapias familiares, a lo largo de su historia, han surgido distintas escuelas, cada una con aportes diferentes, para comprender la historia que ha tenido la corriente sistémica se revisan algunas de las principales escuelas que surgieron en ella.

Villarreal y Paz (2015) en su artículo *Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y la práctica clínica*, proporcionan un acercamiento a la historia de las distintas escuelas que influyeron en el enfoque sistémico; la primera escuela fue fundada en 1959 por Jackson, en el Mental Research Institute (MRI) de California donde se incorporó la Teoría general de los sistemas de Bertalanffy y los postulados de la Cibernética de Winer, estas bases teóricas fueron y continúan siendo pilares en la terapia sistémica, debido a que permiten dar una explicativa a los procesos de comunicación y a las interacciones que ocurren en las familias. Otra escuela de relevancia dentro del enfoque, surgió por los años 60, a cargo de Salvador Minuchin y Whitaker, quienes fundaron la Terapia Estructural y la Terapia Simbólico- Experiencial. Las escuelas surgidas de este enfoque continuaron y en 1967 surgió la Escuela de Milán, en la que se dio propiamente el nombre de sistémico a este enfoque, además esta escuela aportó las nociones de hipótesis, circularidad y neutralidad, así como dando una estructura a la forma en que se conducía las sesiones.

#### **3.1.1 Bases teóricas del enfoque sistémico**

Para comprender al enfoque sistémico es necesario profundizar en los supuestos teóricos que sustentan al enfoque, empezando apropiadamente por la Teoría general de los sistemas generada por Ludwig von Bertalanffy en 1940 y gracias a la cual se abrió un nuevo paradigma en la forma de comprender la comunicación humana, esta teoría insertó una mirada más holística, es decir, la perspectiva de mirar cada cosa como un todo (Estaire, 2020).

En ella se define a un sistema como “un conjunto de elementos en interacción... En el caso de sistemas humanos (familia, empresa, pareja, entre otros) el sistema puede definirse como un conjunto de individuos con historia, mitos y reglas, que persiguen un fin común” (Estaire,

2020). Estos sistemas funcionan gracias a la interdependencia de sus partes y a la relación con otros sistemas.

Esta teoría puso en la mesa principios sobre el funcionamiento de los sistemas que evidenciaban sus características y formas de funcionamiento, algunos de estos principios son los siguientes:

1. Totalidad, plantea que el sistema es más que la suma de sus partes, expresando así una no sumatividad, es decir que no se puede comprender a un sistema a partir de observar a sus partes de forma aislada, sino que para comprenderlo habrá que observar al todo, el sistema en conjunto, de manera que se pueda observar cómo interactúan los elementos entre ellos mismos.
2. Sinergia, este principio se refiere a que el cambio que ocurra en alguno de los elementos del sistema ocasionará cambios en el resto de los componentes del sistema e incluso en el sistema mismo.
3. Equifinalidad, este principio plantea que los cambios en el sistema ocurren de forma independiente a las condiciones iniciales del sistema, es decir, la explicación del funcionamiento actual del sistema se encuentra en su organización actual y no en las condiciones del pasado.
4. Equicausalidad, aunque la condición sea una para todo el sistema, los elementos de este podrán alcanzar estados finales distintos.
5. Retroalimentación, se refiere meramente a que los sistemas están constantemente en un intercambio de información.
6. Homeostasis, se refiere a la tendencia que el sistema presenta a permanecer estable.
7. Morfogénesis, en este caso se hace referencia a la tendencia del sistema por cambiar (Bermúdez, & Brik, 2010, p. 34)

Esta teoría proporcionó al enfoque sistémico la posibilidad de preguntarse el, para qué, de los procesos que ocurren en los sistemas, volviendo la mirada hacia la organización de los sistemas como una explicación de su funcionamiento.

Otra de las bases teóricas del enfoque, son los cinco axiomas de la comunicación humana de Paul Watzlawick (1974) en su Teoría de la comunicación humana (como se citó en Moreno, 2014, p.40-44).

1. El primero de estos axiomas enuncia la imposibilidad para no comunicar.
2. El segundo se refiere a los dos niveles en la comunicación, el primero de ellos es el nivel de contenido y habla sobre la información que se transmite, mientras que el segundo es el relacional, es decir, qué expresa la relación entre los comunicantes y que mensaje es el que debe entenderse a partir de esta relación.
3. El tercer axioma se refiere a la puntuación en la secuencia de los sucesos y a grandes rasgos explica cómo los comunicantes a pesar de tener una misma secuencia de lo comunicado cada uno tendrá una perspectiva diferente.
4. El cuarto axioma pone de manifiesto que la comunicación tiene otros dos niveles: el nivel analógico y el nivel digital, en el nivel analógico se incluye todo aquello que no se verbaliza, como movimientos, ritmo del habla, tono de la voz, gesticulación y el contexto en el que se está comunicando; mientras que el nivel digital es el contenido literal de lo que se está comunicando.
5. El quinto y último axioma, se refiere a la igualdad o diferencia de las relaciones de los comunicantes, estas pueden basarse en la simetría, mediante conductas mutuas, o bien, pueden estar basadas en la complementariedad, estas relaciones se basan en las diferencias.

Un tercer y último pilar de las bases teóricas del enfoque sistémico, es la cibernética, la cual aportó en dos oleadas distintas a dicho enfoque, en un primer momento con la llamada primera cibernética, que tenía como concepto fundamental a la retroalimentación o también llamado feedback, desde su perspectiva existían dos tipos de feedback, el positivo que contribuye

a la amplificación del sistema y el negativo, que era el medio por el cual el sistema busca mantener su estabilidad u homeostasis.

La cibernética de segundo orden tuvo una gran repercusión en el cambio epistemológico del enfoque sistémico, ya que incitó a la reflexión sobre el papel que juega el observador en lo que está observando pues “de acuerdo con la *construcción* que él lleva a cabo y guiado por sus intereses, modelo teórico, objetivos y sesgos, selecciona esa parte de la observación, del sistema” (Moreno, 2014, p. 47).

### **3.1.2 Terapia individual sistémica**

De las aportaciones que se realizaron respecto al funcionamiento de los sistemas y de las leyes de la cibernética, que se revisaron en el apartado anterior surgió una nueva visión acerca de la psicoterapia sistémica.

Con los fundamentos teóricos que se explicaron el enfoque sistémico se ha mantenido vigente hasta la actualidad, autores como Carr (2000, como se citó en Dávalos et. al. 2019, p.430) afirman que la terapia sistémica resulta eficaz para diversos problemas de salud mental en niños, niñas, adolescentes y adultos. Autores como Dávalos (2019) recurrieron a este enfoque para trabajar sobre sintomatología internalizante y externalizante en el adolescente probando su efectividad, específicamente en la ansiedad, depresión y conductas agresivas.

Desde la terapia sistémica individual y basándose en el principio de sinergia, se puede comprender cómo es que ésta resulta efectiva, así mismo, autores como Boscolo y Bertrando (1996) al igual que Bermudez y Brik (2010) señalaron diversos casos en los que fue recomendable trabajar desde la terapia sistémica individual. Algunos de estos casos son:

- Cuando se hace imposible plantear la terapia familiar debido a problemas logísticos, es decir cuando existen distancias geográficas e incluso económicas que lo impiden.
- Al ser el paciente un adulto joven que busca emanciparse de su familia de origen.
- Pacientes cuya demanda sea la de aclarar dudas respecto a si continuar o no en una relación de pareja.
- Pacientes que padecen de una carencia emocional.



- Cuando el paciente acude con algún problema psiquiátrico grave que no desea compartir con su familia.
- Casos en los que la familia se niega abiertamente a acudir a la terapia.
- Pacientes que son conscientes de sus dificultades para interactuar con otras personas.
- Cuando el paciente pone como condición expresa no involucrar a su familia.
- Pacientes que buscan la atención terapéutica para iniciar un proceso de autoconocimiento.

Una vez que se plantearon los orígenes de la terapia sistémica individual desde las distintas escuelas, las bases teóricas en las que se apoya y en qué casos este es un modelo adecuado de intervención, resulta importante mencionar cual es el objetivo de esta terapia, considerada como una terapia familiar indirecta (Bermudez & Brik 2010) .

El objetivo de esta terapia en un primer momento es que busca que el propio paciente proponga el objetivo o motivo de consulta, es decir que sea él quien delimite y exprese cuál es la dificultad que lo hace acudir, esto con la finalidad de que el terapeuta pueda sintonizar con él, por decirlo de alguna forma, ya que es necesario que atienda las demandas de carácter urgente que presenta el paciente y que conozca las expectativas sobre la ayuda profesional que busca, pues el hecho de que el terapeuta no considere las cuestiones que forman una urgencia para el paciente, podría terminar afectando el enganche terapéutico (Boscolo & Bertrando, 1996).

Sin embargo, después de esta delimitación del motivo de consulta y de las expectativas del cliente, es necesario que el terapeuta explore los intentos de solución anteriores, el contexto actual de su problemática, sus formas de interactuar para que de esta forma en el espacio terapéutico se pueda lograr el objetivo central de la terapia sistémica individual, el cual es “crear un contexto relacional de deuterio-aprendizaje, es decir, de aprender a aprender” (Bateson, 1972 como se citó en Boscolo y Bertrando, 1996, p.80), para que de esta manera sea el paciente quien desarrolle los recursos y herramientas que le permitan lograr vislumbrar soluciones y vías de acción para resolver su motivo de consulta.

Para lograr este objetivo, es necesario recalcar que a pesar de que entre las tareas del terapeuta está el explorar las relaciones con los sistemas significativos y en sus pautas de interacción, la mayor parte del proceso sistémico individual versa sobre la conversación interna

que el paciente tiene consigo mismo respecto a “sus premisas, prejuicios y emociones, a las relaciones entre su mundo interno y externo“(Boscolo y Bertrando, 1996, p.82), sin perder de vista los efectos que la comunicación que se establece en el espacio terapéutico tienen sobre el propio terapeuta, ya que obedece a los planteamientos mencionados de la cibernética de segundo orden, el terapeuta tendrá que monitorear su posición de observador, puesto que las emociones y el pensamiento del terapeuta pueden influir en el paciente. Cabe aclarar que, si bien un objetivo es el de satisfacer las urgencias del paciente por librarse de alguna problemática concreta, el terapeuta en su exploración no deberá perder de vista que quizá la problemática es el síntoma de algo más que una simple crisis por lo que se ocupará de la persona profundizando en su historia (Boscolo & Bertrando, 1996).

Dentro de la terapia sistémica individual, así como existen autores que mencionan para quienes es una opción ideal, también hay quienes han reparado en identificar distintos tipos de relaciones que ayudan a vislumbrar al terapeuta la motivación que trajo al paciente a pedir ayuda, pues esto al igual que tomar en cuenta sus urgencias, ayudan a la creación de una alianza terapéutica.

Bermudéz y Brik (2010, p.183) identificaron tres tipos de relaciones:

1. *Relación del tipo comprador:* en este tipo de relación, el paciente se reconoce como parte del problema y parte de la solución
2. *Relación del tipo demandante:* en este caso, el paciente se reconoce como parte del problema, pero no como parte de la solución
3. *Relación del tipo visitante:* es la relación que se establece con el paciente que no se reconoce ni como parte de problema ni como parte de la solución. Son los pacientes que acuden obligados a consulta bien presionados por la familia, Servicios Sociales o por alguna causa penal. En este caso, el paciente no suele ver ningún problema, al contrario que la persona o institución que lo deriva.

Este proceso individual acorde con Boscolo y Bertrando (1996) se caracteriza por una visión positiva, por basarse en los recursos del cliente, por la despatologización a través del

lenguaje del terapeuta que está encaminado a la búsqueda de recursos y soluciones que el cliente debe vislumbrar dentro del proceso.

### **3.1.3 Proceso de la terapia individual sistémica**

El instrumento base de la terapia individual sistémica es la entrevista, desde el primer encuentro con el paciente juega un papel fundamental en la recolección de información respecto a lo que se ha mencionado, es decir, mediante la entrevista el terapeuta buscará obtener la información acerca del motivo de consulta del paciente, del contexto en el que se desarrolla su problemática, qué ha hecho para solucionarlo y cuáles son los sistemas más significativos para él, así como la forma en que interactúa con ellos (Boscolo & Bertrando, 1996).

Para Bermudez y Brik (2010) la entrevista es un proceso que busca interrogar sistemáticamente al paciente, de tal manera que lo conciben como un arte y una forma de intervención desde el inicio. Así como la entrevista es el instrumento primordial en el proceso terapéutico, durante el desarrollo del proceso se hace uso de preguntas que ayudan al terapeuta a encausar al paciente en la resolución de su problemática, Boscolo y Bertrando (1996, p.137) dividieron las preguntas de las que se han de valer los terapeutas para lograrlo, en preguntas circulares informativa y preguntas circulares reflexivas; las primeras tienen la función de recoger información y las segundas tienen por objetivo el de suscitar cambios. En cuanto al uso de las preguntas es necesario mencionar que no es una cuestión de preguntar solo para no quedarse en silencio, estas deben utilizarse en el tiempo adecuado del diálogo terapéutico y con la formulación adecuada para que el paciente pueda reflexionarlas. Otras herramientas con las que el terapeuta cuenta para lograr el objetivo de la terapia individual sistémica son “silencios, sonidos o palabras que expresan duda o asentimientos, afirmaciones, metáforas, anécdotas, preguntas simples y preguntas diádicas” (Boscolo y Bertrando, 1996, p. 140).

A lo largo del proceso, el terapeuta estará conectando la información de esa sesión, así como de las sesiones anteriores, con la finalidad de construir hipótesis, que deberá verificar con el paciente por medio de preguntas, que llevarán a la obtención de más información y a la formación de nuevas hipótesis y así de forma cíclica. Es común que las sesiones de estas terapias se cierren con una macro-reconstrucción de lo abordado en la sesión, con la finalidad de que el paciente logre ver de manera conectada el significado de lo trabajado durante la sesión,

para que posteriormente pueda darle sentido y significado a lo trabajado, abriendo nuevas perspectivas (Boscolo & Bertrando, 1996).

Cabe mencionar que la solución del motivo de consulta se irá dando conforme se logren cambios a nivel del pensamiento, de la conducta o de las emociones, pero para que este cambio sea sólido y no transitorio “los tres factores mencionados tienen que ser operativos” (Palma, 2018, p. 44).

En este enfoque se ve comprometido el self del terapeuta, pues, en su papel de observador, interpreta desde sus propias premisas la información que el paciente le brinda, por ello y por la evidente subjetividad de la que puede ser víctima el terapeuta, sobre todo durante su formación o inicios como terapeuta, resulta una práctica común el uso de un equipo de observadores, quienes ejercen la función de “proporcionar al terapeuta la supervisión del caso y un punto de vista externo, capaz de favorecer un mayor conocimiento de sus prejuicios, premisas y emociones dentro del sistema terapéutico” (Boscolo y Bertrando, 1996, p97). El equipo puede realizar una observación directa a través de una cámara de Gesell o bien por medio de material grabado de la sesión e incluso a través de la exposición verbal del caso por parte del terapeuta.

El equipo también tiene la función de generar hipótesis, pero no sólo del paciente sino también acerca del propio terapeuta y su relación con el paciente, llevando a una segunda reflexión que ayuda al terapeuta a reflexionar sobre sus interpretaciones de la información recibida del paciente y de la forma en cómo podría estar siendo afectado por sus propios prejuicios (Boscolo & Bertrando, 1996).

### **3.2 Enfoque narrativo**

En la historia de la psicología se pueden distinguir al menos dos grandes tradiciones, que Cornejo (2005) describe como distintas y discontinuas, por un lado, la concepción científicista la cual utiliza con rigurosidad la metodología para poder obtener conocimientos objetivos y, por otro lado, la concepción hermenéutica comprensiva, en la cual el contexto sociocultural toma gran relevancia. Sobre esta última concepción se apoya el enfoque narrativo, pues para este las historias o narraciones del paciente tienen sentido dentro de su contexto relacional particular. Sin embargo, para comprender las raíces de este enfoque se hace de vital importancia mencionar los principales aportes que llevan a su comprensión.

Se pueden establecer los inicios del enfoque narrativo en los años 80, con el trabajo de “Michael White en Adelaida, Australia; y por David Epston en Auckland, Nueva Zelanda” (Suárez, 2004 como se citó en Mendez 2006. p.4), estos autores compartían el supuesto de que no existe objetividad sobre el mundo, sino que este se interpreta con base en las vivencias que la persona tiene.

Bruner (1998, como se citó en, Zlachevsky, 2012) es quien hace una distinción en las modalidades del funcionamiento cognitivo, por un lado ubica a la modalidad paradigmática que hace referencia al pensamiento lógico que guía al conocimiento científico basado en hipótesis y teorías sólidas, mientras por el otro lado, está la modalidad narrativa la cual busca comprender cómo los sujetos se viven en la vida, en esta última las historias o narraciones no necesitan ser verificables, sino tener un carácter verosímil, es decir que es creíble para quien lo narra, desde su propia óptica del contexto particular donde lo vive.

Esto no quiere decir de ninguna forma que todas las personas provenientes de un mismo contexto o situación vayan a percibir de la misma forma la narración de algún suceso, pues cada persona se enfocará en narrar algunos aspectos dejando algunas lagunas e incluso presentando contradicciones en su narración, de manera que al darle sentido a la historia estas diferencias serán las que conviertan el significado de la narración en algo particular para el sujeto (Zlachevsky Ojeda, 2012).

Partiendo de esto, se puede comprender a Gregory Bateson (1979) quien menciona que, “no podemos conocer la realidad de manera objetiva, por lo que el significado que se le asigne a un hecho o acontecimiento está determinado por el contexto en que se presente” (como se citó en, Bermudéz y Brik, 2010, p.6).

A estos aportes les antecede la idea de Michel Foucault del discurso como una forma de control social, es decir, de poder. Foucault planteó la existencia de sistemas invisibles de control, con esto hacía referencia a las reglas que regulan el comportamiento de las personas, a lo que la sociedad define como lo aceptable o inaceptable en la forma de vivir. Foucault (1975) señala que esto conducía a la marginación de aquellos que no entraban en estas normas de control a través de etiquetas que llevaban al sujeto a minimizar “su posibilidad de reconocer las habilidades, conocimientos y capacidades que poseen y puedan utilizarlas para vivir como desean hacerlo” (como se citó en Bermudéz y Brik, 2010, p.7).

Por su parte, Jacques (1989), filósofo, convergía de alguna manera con Foucault, pues afirmó que “todo conocimiento tiene un centro, y que lo que se encuentra fuera de él tiende a ser marginado y relegado” (como se citó en Bermudéz y Brik, 2010, p. 9).

Con base en estos aportes es que se puede comprender la relatividad de la verosimilitud de una narración, ya que esta dependerá del sujeto, su contexto y su forma particular de interpretar lo que narra. Sin embargo, en la narración y re narración existe la idea de que, con “las interacciones dialógicas se abre la posibilidad de reinterpretar la experiencia, lo que, a la vez, en los contextos terapéuticos, podría conducir a la co-construcción de historias alternativas” (Bermudéz y Brik, 2010, p. 10).

El funcionamiento cognitivo que mencionaba Bruner (1996) desde la modalidad paradigmática de gran estatus, las aportaciones que hicieron Foucault, Derrida y Bateson entre otros autores, contribuyeron a que Gergen (1996, citado por gozó Zlachevsky, 2012, p.11), elaborara tres líneas críticas a de esta modalidad paradigmática:

1. *Crítica ideológica*. Esta cuestiona la marginación que hacen las verdades absolutas de quienes no encajan en ellas, es decir, a la exclusión que el sistema de poder invisible al que Foucault hacía referencia sobre quienes no comparten las reglas socialmente aceptadas sobre el cómo vivir.
2. *Crítica literaria-retórica*. Evidencia como la información proveniente del conocimiento científico está basado en el enfoque que posee la persona que estudia un fenómeno, de manera que dicho conocimiento también se vuelve relativo.
3. *Crítica social*. Esta línea de la crítica versa sobre como el conocimiento proveniente de la modalidad paradigmática es el resultado de la sociedad y la cultura, por lo que existen distintas descripciones de un fenómeno y no una sola.

Con base en estas críticas es que surge el construccionismo social, del pensamiento posmoderno, esta postura plantea que no existe un conocimiento objetivo, lo que se llama conocimiento es producto de las interacciones que se tienen con los demás y que están mediadas por convenciones lingüísticas que van cambiando y modificando a su vez la manera en la que se interpreta el conocimiento. Esta postura construccionista enfatiza algunos principios fundamentales enunciados por Gergen (1996):

- Los términos y formas mediante los que se obtienen la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, producto de intercambios históricos y culturalmente situados entre las personas.
- La medida en la que una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo, no depende de la validez empírica de la descripción sino de las vicisitudes.
- Como el lenguaje es un producto de la interacción, su principal significado se deriva del modo en que está inmerso dentro de patrones de relación.
- Aprender las formas existentes de discurso es evaluar patrones de vida cultural, cada evaluación da voz a un enclave cultural dado, y compartir apreciaciones facilita la comprensión del todo (como se citó en Bermudéz y Brik, 2010, p. 13).

De esta nueva forma de ver el conocimiento se retoma la importancia del lenguaje en la construcción de realidades, situando a los terapeutas del enfoque narrativo en la posición de co-creador de relatos nuevos en la vida de sus pacientes, “en tanto que el terapeuta se presenta sólo como un facilitador en la construcción de nuevos significados” (Bermudéz y Brik, 2010, p. 14).

### **3.2.1 Principios de la terapia narrativa**

Ya que se expuso la visión del enfoque narrativo acerca del poder del lenguaje y siendo el papel del terapeuta formar nuevos significados a través de la narración, es propio exponer algunos conceptos clave, pues es con base en ellos que el terapeuta logrará la creación de nuevos significados.

Un principio fundamental es el de la analogía del texto, este se deriva del método interpretativo y hace referencia a que cada vez que se vuelve a leer un texto existe la posibilidad de obtener una nueva interpretación de este, al trasladar este principio a la narración de una

historia o acontecimiento es posible otorgarle un nuevo significado (Zlachevsky, 2012, p.15). Este significado, según lo explica Zlachevsky (2012), tendrá que ser enriquecido fuera de los denominados discursos dominantes, que viene a ser el sistema invisible del poder lingüístico, es decir, fuera de las verdades creadas y aceptadas como absolutas en el contexto del paciente; pues estas verdades pueden resultar incongruentes con las experiencias del paciente. De hecho, en este enfoque se asume que el problema por el cual el paciente acude a pedir ayuda es debido a que sus propios relatos le resultan incongruentes con los discursos dominantes de su contexto, creándole así una sensación de confusión, preocupación e incapacidad. Es importante mencionar que estos discursos dominantes son primordialmente difundidos por el seno familiar, que, como se trató en el capítulo anterior, forma parte nuclear en el desarrollo del individuo, de tal manera que los relatos dominantes se vuelven parte inherente a la historia del sujeto y ejercen una fuerte influencia en su forma particular de interpretar y dar significado a su historia.

Con base en ello, es que el trabajo bajo la terapia narrativa es primordialmente el de crear historias alternativas, es decir que a través de las re-narraciones, el paciente logre dar nuevos significados a su historia, haciéndose agentes activos de sus propias historias. A partir de “una práctica centrada en los recursos y ‘estados intencionales de identidad’-propósitos, valores, creencias, esperanzas, sueños, principios y compromisos- que los ayudan a reducir la influencia del problema en sus vidas” (Morgan, 2000; White, 2016 como se citó en Dávalos Picazo, 2019, p.33).

Una gran diferencia entre los tipos de relatos se basa en que tan magros o densos son estos, refiriendo como historias magras a aquellas narraciones que están tan ampliamente enmarcadas en los discursos dominantes que no permiten que en la narración el paciente exprese sus conocimientos, habilidades y capacidades, por otro lado, en las historias alternativas se busca la creación de historias densas en las que el paciente tiene la posibilidad de rescatar sus conocimientos, habilidades, capacidades y recursos. Para lograrlo, el terapeuta representa a un facilitador que le ayuda a rescatar la riqueza de su narración. (Méndez Romero & Pescador Rivera, 2006)

Ahora bien, ya que se han esclarecido los conceptos fundamentales y que se han ligado al objetivo de la terapia narrativa, es momento de esclarecer cómo es que se logra llevar a cabo la creación de historias alternas densas. Un primer punto de partida fundamental para que el paciente pueda crear una narración nueva, es la externalización del problema, separar su



identidad del problema, es decir ayudar a que reconozca cómo es que él participa en el problema y con qué recursos cuenta para hacerle frente (Méndez Romero & Pescador Rivera, 2006).

Esta externalización permite según White (2007):

1. Disminuir los conflictos infructuosos e improductivos sobre las personas; incluyendo aquellas disputas en las que se responsabilizan por el problema que las lleva a terapia.
2. Socava la sensación de fracaso que experimentan algunas personas en respuesta a la continua existencia del problema en sus vidas, a pesar de los intentos por resolverlo.
3. Construir las condiciones para que las personas cooperen y se unan con los demás en la lucha contra el problema, lo que conlleva a escapar de su influencia.
4. Abrir nuevas posibilidades para que las personas realicen acciones que favorezcan la recuperación de su vida y relaciones frente al problema y su influencia.
5. Que las personas sean libres para tomar un sendero más efectivo y menos tenso en su vida y en sus relaciones.
6. Abrir opciones para el dialogo, en lugar de un monólogo acerca del problema (como se citó en Bermudéz y Brik, 2010, p. 27).

### **3.2.2 Documentos terapéuticos**

Dentro del enfoque narrativo en busca de estas nuevas narraciones también se utilizan técnicas que apoyen a la construcción y solidificación de los nuevos significados. Una de las técnicas es la *ceremonia de definición*, en estas ceremonias se incluye a un público externo que comparte recuerdos con el paciente, para White (2007) este público tiene que ser “elegido de forma cuidadosa, ya que estos testigos externos enriquecerán los relatos del paciente” (p. 28).

Otra técnica que se utiliza en la terapia narrativa es el uso de documentos terapéuticos como lo son las cartas, que de acuerdo a White y Epston (199, como se citó en López, 2019, p.34) tienen el objetivo de: Situar la experiencia de la persona o familia en el tiempo, lo que permite que las experiencias queden interpretadas en el tiempo vivido y tomen sentido al incluirse en los relatos, los cuales son ricos y complejos, y pueden adquirir significado a muchos más acontecimientos de las vidas de las personas.

Estas cartas darán la posibilidad al paciente de que al releerlas pueda revivir el proceso por el cual llegó a resolver su problema (López, 2019).

Los certificados son otro tipo de documentos terapéuticos, el objetivo de estos es fortalecer y representar los éxitos del paciente dentro de su proceso, para Payne (2002, como se citó en, López, 2019, p.36), “el uso de documentos dentro de la terapia narrativa se genera de la tradición de celebrar y fortalecer los éxitos compartiéndolos con amigos o familia”. Todos los documentos mencionados encierran el objetivo primordial de consolidar las historias densas, de enmarcar los recursos y habilidades del paciente y el hecho de que sean escritos lleva impregnada la intención de que el sujeto pueda volver leerlos, reflexionando sobre ellos de manera que las narraciones densas estén presentes en sus futuras narraciones.

## Método

El presente trabajo detalla una intervención en un caso clínico, también conocido como un estudio de caso, por lo que presenta desde una metodología cualitativa. Esta se realizó en el Centro de Atención Psicológica Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología de la UNAM, el cual se ubica en la Cd. De México, este centro ofrece atención psicológica en sus instalaciones y además cuenta con otros programas para brindar atención, estos son: atención psicológica a distancia, conductas adictivas y Prosexum. En el centro Dr. Guillermo Dávila se llevan a cabo evaluaciones, intervenciones o derivaciones, según el caso a quienes solicitan el servicio de atención psicológica. El paciente fue atendido por el programa de servicio social Entrevista inicial, subsecuentes, psicodiagnóstico e intervención breve.

Dicho caso fue trabajado desde un enfoque integrativo asimilativo, de los enfoques narrativo y sistémico. Empleando la técnica de dibujo en combinación del uso pertinente según el discurso y conducta del paciente, de preguntas de indagación, concientización, estratégicas y circulares pertenecientes al enfoque sistémico. Así mismo haciendo uso de otras técnicas del enfoque narrativo para lograr la consolidación de los recursos y el cierre del proceso terapéutico, las cuales fueron “el equipo de la vida” y “la ceremonia de definición”. A continuación en la tabla 1 se presenta un resumen de cómo fueron distribuidas las sesiones, desde la fase de evaluación hasta el seguimiento, acorde con los objetivos terapéuticos acordados posteriormente a la evaluación y psicodiagnóstico realizados mediante el uso de la entrevista semi-estructurada.

**Tabla 1.**

*Distribución de las sesiones acorde a los objetivos del proceso terapéutico*

<b>No. De sesión</b>	<b>Fase</b>	<b>Objetivo</b>
1	Evaluación y psicodiagnóstico	Indagar sobre la dinámica familiar y contexto del motivo de consulta
2	Evaluación y psicodiagnóstico	Explorar con el paciente su contexto familiar, sus expectativas sobre el trabajo terapéutico así como sus principal motivo de consulta a resolver
3	Evaluación y psicodiagnóstico	Realizar la devolución de resultados producto de la evaluación, plantear a los padres los objetivos del proceso terapéutico
4	Intervención	Concientizar la gravedad y consecuencias
5	Intervención	Concientizar la gravedad y consecuencias
6	Intervención	Practicar y ejercitar la reflexión
7	Intervención	Diferenciar entre los comportamientos asertivos y perjudiciales
8	Intervención	Diferenciar entre los comportamientos asertivos y perjudiciales
9	Orientación padres	Concientizar a los padres de las dificultades que ellos ponen para que el paciente realice cambios
10	Intervención	Practicar y ejercitar la reflexión
11	Intervención	Practicar y ejercitar la reflexión
12	Intervención	Practicar y ejercitar la reflexión

13	Intervención	Trabajar en el autocontrol
14	Intervención	Trabajar en el autocontrol
15	Cierre	Consolidar recursos
16	Cierre	Corroborar el alta con los padres
17	Cierre	Fortalecer y validar cambios logrados
18	Seguimiento	Corroborar continuidad de los cambios

---

## Descripción del caso clínico

### Datos generales

Nombre del paciente: **Eduardo**

Edad: 13 años 4 meses

Escolaridad: 2do. año de Secundaria

Madre: Cristina 46 años

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Ama de casa

Padre: Federico 59 años

Escolaridad: Media Superior

Ocupación: Empleado de mantenimiento

Hermana: 15 años

Hermana: 24 años

Hermano: 26 años

## **Motivo de consulta**

El paciente fue referido del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, al Centro de atención psicológica Dr. Guillermo Dávila bajo la impresión diagnóstica “problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo”, en la solicitud del Centro de atención psicológica Dr. Guillermo Dávila el motivo de consulta fue escrito en la solicitud del servicio por la madre como “necesita una evaluación psicológica por mala conducta en sexología, esperamos su recuperación mental y de su conducta”.

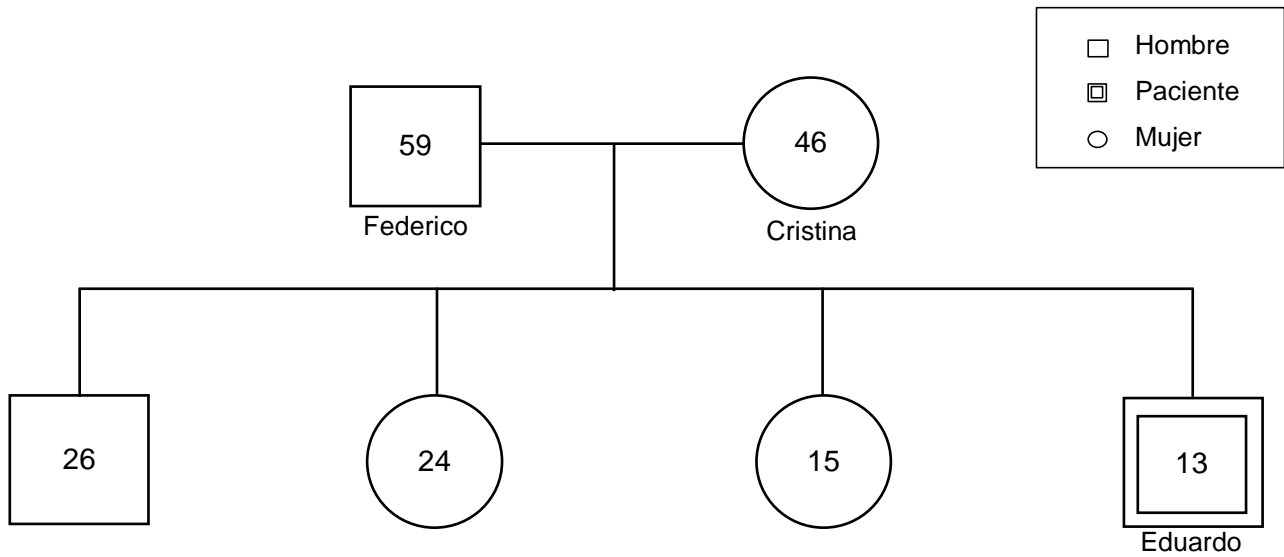
Mediante las entrevistas de evaluación y cotejando la información obtenida con los padres, el paciente y la hoja de referencia, el motivo por el cual Eduardo llegó referido fue un evento en particular que se presentó dos semanas antes de acudir a su primera cita en el Centro de Atención Psicológica, el paciente bajó los pantalones y la ropa interior a su prima de 6 años, quien se encontraba dormida, con la finalidad de tocarla, y al ingresar a la habitación la hermana de la víctima avisó a los padres de la niña. Esto ocurrió durante una fiesta en la cual estaba reunida toda la familia del paciente. Respecto a esto después de las sesiones de evaluación el motivo de consulta fue definido en consenso con el paciente y los padres como intento de abuso sexual.

## **Expectativas del tratamiento del paciente**

Las entrevistas iniciales con el paciente versaron sobre indagar ¿cuál era el problema que quería resolver en el espacio terapéutico?, Eduardo expresó que él quería “arreglar el distanciamiento familiar para que sus papás no se sintieran mal”. En las entrevistas con los padres se exploró a profundidad el contexto familiar de Eduardo indagando en las relaciones con su familia nuclear, extensa así como en las reglas y límites puestos en casa, sin embargo en cuanto a las expectativas de los padres sobre el proceso ellos principalmente mencionaron desear cambios a nivel conductual como ello mismo mencionaron “que sea más obediente y que no sea tan rebelde”.

**Figura 1.**

*Familiograma*



**Tabla. 2**

*Datos de los padres del paciente*

	MADRE	PADRE
Edad	46	59
Escolaridad	Secundaria	Media superior
Ocupación	Ama de casa	Empleado de mantenimiento

*Nota. La figura 1 al igual que la tabla 1 nos muestran la composición de la familia de Eduardo, el hijo menor de cuarto hermanos con padres casados; así como las ocupación de su padre como empleado de mantenimiento y su madre quien se dedica a ser ama de casa.*

**Descripción**

El paciente se presentó al Centro de Atención Psicológica en óptimas condiciones de higiene y aliño con vestimenta como en playera roja y pantalones de mezclilla adecuada para su edad, mostró un lenguaje fluido en tono y velocidad media y coherente. No se detectó ninguna dificultad cognitiva.

Emocionalmente manifestó ansiedad mediante el constante movimiento de sus piernas, expresó temor de ser internado en un tutelar, también se mostró irreflexivo respecto al intento de abuso sexual y sin consciencia de la gravedad.

## **Procedimiento**

### **Fase 1. Evaluación y psicodiagnóstico**

La evaluación así como el psicodiagnóstico se realizó utilizando la entrevista clínica en un total de dos sesiones, de las cuales una con los padres y una con el paciente. Se empleó la entrevista semiestructurada en la que se indagó acerca del motivo de consulta, la estructura y la dinámica familiar.

En la primera sesión con los padres se exploró la dinámica familiar mediante preguntas directas sobre quienes vivían con el paciente obteniendo la composición de la familiar, que está constituida por el padre del paciente de 59 años quien se desempeña como empleado de mantenimiento, por la madre de 46 años quien se dedica a ser ama de casa y su hermano de 26 años, y dos hermanas de 24 y 15 años. Reportando una relación más cercana y de mayor confianza con su hermano mayor, así como peleas constantes con su hermana menor de 15 años estas originadas debido a los deberes del hogar. En cuanto a los límites y reglas en casa la madre reporto que estos no son confirmados por el padre, ocasionando que a veces las consecuencias de no cumplir con los deberes no sean ejercidas de manera consistente. Se presenta un resumen de la estructura familiar en la *figura 1* mostrada en apartados anteriores así como detalles de la información recabada en la tabla 2. La madre también reporto que Eduardo llevaba un tiempo mostrándose más rebelde y desobediente, ella según reporto lo relaciona “desde que tiene celular”.

Respecto al motivo de consulta para esclarecer la impresión diagnóstica de Hospital Juan N. Navarro, hoja de referencia que textualmente mencionaba como impresión diagnóstica “Problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo”, esta fue descrita por los padres con una situación particular que se presentó en una reunión donde se encontraba toda la familia. En el evento familiar Eduardo bajó los pantalones y la ropa interior a su prima de 6 años, quien se encontraba dormida, con la finalidad de tocarla, y al ingresar a la habitación la hermana de la



víctima avisó a los padres de la niña. Esto derivando en conflicto familiar donde el padre de la niña, tío y padrino del paciente amenazo a Eduardo y expresado por su madre “lo agredió con groserías”.

Durante la entrevista de evaluación que se realizó con Eduardo este se presentó en condiciones de higiene y aliño adecuadas, con vestimenta de acuerdo a su edad con un lenguaje fluido en tono y velocidad medias, coherente y sin presencia de ideas suicidas u homicidas. No se detectó ninguna dificultad cognitiva.

Durante esta sesión de evaluación el paciente reportó su miedo a ser internado en un tutelar de menores debido a el intento de abuso sexual que cometió hacia su prima de 6 años, amenaza que proviene de su padrino esposo de su tía por parte del padre, así como el deseo de “arreglar el distanciamiento familiar para que sus papás no se sintieran mal”.

Eduardo expreso la importancia de la religión en la familia paterna y de su familia nuclear, así como la percepción de las consecuencias que tuvo su acción en la familia, las cuales el verbalizó como “una ruptura y conflicto entre sus padrinos y sus padres”. A lo largo de la sesión el paciente se mostró ansioso pues constantemente movía sus piernas o sus manos y respondía “no sé” ante las preguntas de los terapeutas.

También se exploró lo que Eduardo prefiere realizar durante su tiempo libre, el comentó que veía una serie que le gustaba mucho llamada Grimm, que dibujaba y que antes jugaba futbol, sin embargo ya no practicaba futbol puesto a que sus padres no le daban su permiso.

En esta sesión fue posible formular una primera hipótesis junto al equipo de supervisión y la Dra. a cargo de supervisar el caso, acerca de cómo surgió en el paciente la idea de cometer un abuso sexual, pues al incluir en el análisis del motivo de consulta el contexto y la dinámica familiar, así como la perspectiva que tiene el paciente de su familia posiblemente Eduardo no es capaz satisfacer algunas de las necesidades del desarrollo psicosocial que se presentan en la adolescencia en un contexto más adecuado, esto probablemente asociado a el ambiente restrictivo que el percibe en su familia, además fue posible identificar la dificultad del paciente para tomar decisiones y para poner en palabras sus emociones, el discurso del paciente durante esta sesión fue descriptivo e irreflexivo; pues al realizarle preguntas acerca de lo ocurrido con su prima, Eduardo respondía “no se” de manera recurrente.

Derivado de estas dos sesiones de evaluación y diagnóstico se tuvo una tercera sesión con los padres priorizando lo que a el paciente mencionó querer resolver en el proceso terapéutico y la situación que lo habían llevado a asistir al Centro de Atención Psicológica. En esta tercera y última sesión de evaluación se realizó la entrevista de devolución de resultados producto de la evaluación, en la que se planteó a los padres, los objetivos que tendría el proceso terapéutico:

- Lograr la diferenciación entre los comportamientos asertivos y aquellos perjudiciales y de riesgo para el mismo
- Concientizar la gravedad y consecuencias del intento de abuso hacia su prima
- Practicar y ejercitar la reflexión del adolescente como un factor preventivo que le ayude a no volver a cometer un acto delictivo
- Trabajar en el autocontrol de impulsos mediante la práctica de la empatía y de la mano con la concientización de las conductas asertivas y de riesgo del primer objetivo

Estos objetivos fueron planteados con el fin de concientizar al paciente sobre la gravedad del intento de abuso, así como buscar y potencializar los recursos del paciente para evitar que vuelva a repetir el comportamiento abusivo.

Tomando en cuenta sus áreas de interés desde esta sesión se tomó la decisión de incorporar el enfoque narrativo al proceso terapéutico de manera que el proceso se lleve a cabo desde un enfoque integrativo de corte asimilativo utilizando al enfoque sistémico como base y al enfoque narrativo como complementario empleando de algunas técnicas que sirvieran al cumplimiento de los objetivos terapéuticos, es importante resaltar que aunque por sesiones se hacía uso de las técnicas del enfoque narrativo predominando este, en todas las sesiones se mantenía el enfoque sistémico mediante el uso de preguntas de indagación, concientización, circulares y estratégicas durante las sesiones, con el fin de dirigir el proceso terapéutico hacia el cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos en la entrevista de devolución y así llegando a la resolución del motivo de consulta.

La evaluación y psicodiagnóstico así como toda la intervención se realizaron en una cámara de Gesell, con el apoyo de un equipo de observadores y la supervisión de la Dra. Mancilla

quien se encontraba a cargo del programa “Entrevista inicial, subsecuentes, psicodiagnóstico e intervención breve”.

## **Fase 2. Intervención**

El tratamiento inicio el 21 de septiembre del 2018 con una duración de 11 sesiones una semanalmente, de las cuales una fue con los padres del paciente, esta sesión ocurrió con el objetivo de explorar los cambios en el paciente y en la relación familiar. A lo largo del proceso terapéutico sobresalieron algunas sesiones en las que la información, progresos y cambios fueron evidentes, por lo que a continuación se presenta la descripción detallada de éstas.

### **Sesión 1**

28 – Septiembre - 2018

En esta sesión se empleó el dibujo, técnica del enfoque narrativo partiendo del hecho que el mismo paciente comento que le gustaba dibujar durante la evaluación y que incluso en la escuela quería participar en con cursos de dibujo.

El dibujo del paciente realizado en media cartulina fue sobre un cohete despegando de la tierra hacia el espacio el cual se muestra en el anexo 1, respecto al dibujo, resaltó particularmente el límite de la atmósfera de la tierra, el cual fue bastante marcado a diferencia de todo el dibujo dicho dibujo se encontró coloreado en un sentido de rayado con la combinación de colores amarillo, naranja, rojo y negro. Mientras el paciente realizó su dibujo se notó una disminución en la ansiedad que expresaba mediante el constante movimiento de sus manos y pies que presento al inicio de la sesión durante el rapport. Durante la elaboración de este dibujo se empezó a entablar la alianza terapéutica con el paciente preguntándole no solo acerca del motivo de consulta sino continuando con su percepción de cómo estaba la situación familiar después del intento de abuso que cometió y de manera general preguntándoles sobre su relación con su familia extensa.

Adicionalmente, se realizaron preguntas de concientización para trabajar sobre las consecuencias que tiene el abuso sexual, pues el paciente de nuevo mencionó “no quiero que me internen”, esto hizo posible indagar acerca de los factores de protección con los que cuenta el paciente para no cometer un abuso, entre los cuales se rescató principalmente el pensar en

las consecuencias como el poder ser internado, perder su libertad y a su familia, planteando como siguiente paso trabajar la capacidad del paciente para reflexionar acerca de sus acciones antes de realizarlas, así como las emociones que conducen al paciente a realizar actos impulsivos.

Durante el análisis del dibujo en la supervisión dirigida por la Dra. Mancilla se resaltó que el cohete da la impresión de ser una representación fálica, que aunado a la combinación de colores con los que eligió realizarlo se interpretaron como colores asociados a pulsiones sexuales, así como la ansiedad manifestada por el también en el rayado con el que coloreo el dibujo, esto permitió confirmar la hipótesis de la evaluación sobre la dificultad para controlar sus impulsos debido a dicha ansiedad. Se presenta un resumen de esta sesión en la tabla 3, presentada a continuación.

**Tabla 3**

*Resumen de sesión 1*

OBJETIVO	TÉCNICA	RESULTADOS
Concientización de las consecuencias	Técnica narrativa – dibujo y preguntas de indagación	Disminuyó la ansiedad y esto permitió entablar un diálogo terapéutico.

Sesión 2

5 - Octubre - 2018

Eduardo de nuevo trabajo en la realización de un dibujo en esta sesión presentado en el anexo 2, su dibujo fue de un estadio de futbol, en el campo solo se encontraba un jugador este se encontraba delineado con más fuerza que otros trazos en el dibujo, en el área de las gradas Eduardo comenzó a dibujar bolitas de colores al preguntarle al respecto el mencionó que era el público, sin embargo al indagar sobre si él podría sentirse así respecto a sus emociones, es decir si él consideraba que sus emociones eran muchas y se encontraban juntas y revueltas como la cantidad de colores distintos que utilizó para realizarlas, él dijo que si, lo cual dio paso para dirigir el dialogo terapéutico hacia sus emociones y de esta forma trabajar con la identificación, diferenciación y nombramiento de las emociones, con la finalidad de que al mejorar en ello en las sesiones continuas se prosiguiera a trabajar en la empatía, de manera que esta le sirviera para empezar a practicar el auto control de impulsos, se presenta el resumen de la sesión en la tabla 4.

Durante la sesión al cuestionarle sobre como toma decisiones él respondió “simplemente lo hago” esto permitió encaminar la devolución hacia su impulsividad y cómo esto se encontraba ligado a su motivo de consulta, con la finalidad de que se confrontará a esta impulsividad y de esta manera conducir al paciente a la reflexión, al ligar esta impulsividad con su motivo de consulta el paciente interrumpió la realización de su dibujo. En esta sesión el paciente concientizo su dificultad para reflexionar o como él lo expresó “necesito tiempo para pensar”. En esta sesión de nuevo se volvió a presentar la respuesta “no sé” frente a preguntas que realizaban los terapeutas, por lo que se le concientizó sobre ello y se le invito a que si no sabía se tomara unos momentos para pensar en la respuesta, esto condujo a plantear la necesidad de poner junto al paciente reglas que sean útiles al contexto terapéutico.

**Tabla 4**

*Resumen de sesión 2*

OBJETIVO	TÉCNICA	RESULTADOS
Concientización sobre sobre sus emociones, dando paso para trabajar con la empatía como un recurso para mejorar autocontrol de impulsos	Técnica narrativa – dibujo y preguntas de indagación	A través del dialogo y haciendo uso del dibujo realizado en la sesión se trabajó la impulsividad de Eduardo, primero ayudándolo a identificar y nombrar sus emociones.

Sesión 4

12- Octubre- 2018

Se elaboraron las reglas pertinentes para el contexto terapéutico junto con el paciente que se escribieron en dos medias cartulinas presentadas en el anexo 3 y 4, pero más allá de escribirse como reglas, se escribió lo que quería que pasará en el espacio terapéutico y lo que no quería que pasará, entre las cosas que se escribieron respecto a lo que si pasara Eduardo escribió: 1. Expresar lo que pienso tal y como se me ocurre, 2. Pensar sobre nuestros actos y 3. Que exista respeto. En cuanto a lo que escribió en lo que no quería que pasará escribió dos cosas: 1, No decir no sé y 2. No decir no puedo.

Se indagaron los factores de protección, en esta sesión, el paciente expresó “si di mi palabra, yo sé que no lo vuelvo a hacer”, lo cual fue un recurso encontrado en el paciente del cual él es consciente, además al indagar con la pregunta ¿cómo crees que podrías recuperar la confianza de tus padres?, el paciente respondió que con el tiempo, por lo que se le concientizó

a través de preguntas circulares y estratégicas acerca de que el tiempo no iba a devolverle la confianza de su familia sino que esa confianza la recuperaría con sus propias acciones, esto con la finalidad de invitarlo a hacerse parte activa en la solución de su motivo de consulta. Se muestra el resumen de la sesión en la tabla 5 a continuación.

**Tabla 5**

*Resumen de sesión 4*

OBJETIVO	TÉCNICA	RESULTADOS
Diferenciación de comportamientos asertivos y perjudiciales	Preguntas circulares y estratégicas	Se elaboraron las reglas pertinentes al contexto terapéutico. Además se presentó el factor de protección de respeto a su propia palabra para no reincidir cuando se equivoca, se le indujo a hacerse parte activa en la solución de su motivo de consulta.

Sesión 7

9 – Noviembre - 2018

Eduardo realizó un dibujo durante la sesión y se trabajó con ello para trabajar la percepción que tiene de sí mismo, en el dibujó un triángulo, invertido sin punta, con solo tres colores, azul, negro y rojo, el triángulo estaba segmentado en cuatro partes y de abajo hacia arriba el segundo fragmento del triángulo se encontraba el color rojo, las separación entre este segmento y el resto fueron iluminados de manera más cargada que las demás separaciones, el fondo principalmente negro; se muestra dicho dibujo en el anexo 5. Al iluminar el fondo Eduardo tallaba el color negro, el refirió que hacia eso para no dejar tantos rayones, con base en ello se le preguntó ¿si él quisiera estar así sin defectos?, el paciente tardó un poco en responder pero dijo que” sí”, al cuestionarle sobre cuales eran estos defectos el respondió “pues mis errores que separaron a mi familia”.

Bajo este punto de partida con el dibujo elaborado se indagó acerca de lo que el paciente está haciendo a nivel conductual para demostrar que no volverá a cometer un abuso y poder reparar su error, el reportó haberse mostrado más obediente y estar trabajando para mejorar su desempeño en la escuela. En pensamiento al preguntarle pedirle que platicara sobre alguna idea impulsiva que hubiera tenido de la sesión pasada a esta él comento “salirme sin permiso a jugar”,

a lo que se le cuestionó ¿Qué has hecho para no llevar acabo esta idea impulsiva? el comentó “pensar en las consecuencias y como se sentirían mis papás”, se le pidieron algunos ejemplos de las consecuencias de esto y de cómo se sentirían sus padres a lo que el paciente respondió “seguramente me castigarían, mi madre estaría preocupada y enojada porque me sali”. Se le indago acerca de que consideraba había mejorado para poder no llevar acabo sus impulsos, el expresó ser consciente de ser capaz de “respetar, escuchar y ser obediente”. La tabla 6 muestra un resumen de la sesión.

**Tabla 6**

*Resumen de sesión 7*

OBJETIVO	TÉCNICA	RESULTADOS
Practicar y ejercer la reflexión. Indagación acerca de los cambios y recursos del paciente.	Técnica narrativa - dibujo y preguntas circulares	Se logró concientizar al paciente sobre la gravedad de sus acciones, sus recursos de presentar mayor empatía y reflexión ante las consecuencias y los cambios que ha presentado a nivel conductual.

Sesión 8

16 – Noviembre - 2018

Al iniciar la sesión cuando Eduardo vio los materiales de dibujo y expreso “en esta sesión no quiero dibujar”, lo cual dio paso a un diálogo terapéutico avanzado en el que se vieron reflejados cambios importantes y un pensamiento con ideas más claras para expresar sus emociones. Se muestra un resumen de la sesión en la tabla 7.

Al iniciar la sesión expreso sentirse mal por el alejamiento de su familia, por lo que se le invito a trabajar en una estrategia para recuperar la confianza de sus padres y de su familia en general, el paciente planteó que una forma de recuperar la confianza era el evitar quedarse a solas con sus primas, pensar en las consecuencias de lo que hace, ser obediente y respetar su palabra, esto por medio de preguntas circulares y estratégicas, buscando practicar y ejercitar la reflexión del paciente.

Así mismo se trabajaron las tareas del hogar no como un castigo sino como una forma en la que sus padres fomentan su independencia, pues el paciente reporto que se seguía sintiendo castigado por sus padres debido a que le exigían más ayuda en la casa.

**Tabla 7***Resumen de sesión 8*

OBJETIVO	TÉCNICA	RESULTADOS
Practicar y ejercer la reflexión, indagando sobre posibles alternativas de solución.	Preguntas circulares y estratégicas	Concientización y elaboración de una estrategia para reparar el vínculo y la confianza con la familia.

Sesión 11

07 – Diciembre - 2018

En esta sesión previa al periodo vacacional del Centro de Atención Psicológica, se buscó retomar a través de preguntas estratégicas y concientización la diferenciación entre comportamientos asertivos y aquellos que no le son benéficos para que en conjunto con los recursos que se trabajaron de empatía, reflexión, y respeto, el paciente aprovechara las vacaciones para darse cuenta de lo que le resulta distinto a nivel conductual y de interacción con su familia, por lo que se le dejó una tarea terapéutica que consistió en que durante estas vacaciones y fiestas decembrinas, empleara e hiciera uso de su capacidad para pensar en las consecuencias de sus acciones, para reflexionar acerca de lo conveniente e inconveniente de sus acciones y como esta pueden hacer sentir a los otros aunado a que ejerza su capacidad para respetar, escuchar y ser obediente. A continuación la tabla 8 enseña un resumen de la sesión.

**Tabla 8***Resumen de sesión 11*

OBJETIVO	TÉCNICA	RESULTADOS
Trabajar en el autocontrol Concientizar sobre cambios y recursos del paciente	Preguntas de concientización	El paciente logró reconocer por sí mismo el cambio en su pensamiento y conducta, y cómo estos lo llevaron a tener cambios favorables en su familia y entorno.



### **Fase 3. Cierre del proceso terapéutico**

El cierre del proceso terapéutico se realizó a lo largo de tres sesiones, las cuales iniciaron posteriormente al periodo vacacional correspondiente a las fiestas decembrinas, esto dio la oportunidad de iniciar el cierre del proceso con la experiencia del paciente poniendo en práctica los recursos y cambios que había conseguido en las sesiones de proceso. Por lo que en este apartado se describe a detalle el proceso del cierre terapéutico.

Sesión de cierre 1

18 – Enero - 2019

En esta sesión primero se abordó la tarea terapéutica que se le dejó, al revisarla detenidamente se encontró que el paciente durante el periodo vacacional presentó cambios en su pensamiento, conducta, y como estos lo habían conducido a cambios favorables en su entorno. La tabla 9 nos muestra un resumen de la sesión que a continuación se detalla.

Con la finalidad de consolidar sus recursos y la red de apoyo con la que contaba, se llevó a cabo la técnica del equipo de la vida, la cual consistió en que el paciente dibujará en una cartulina una cancha de fútbol y que él asignará quien de las personas que forman parte de su vida se encontrarían en la posición de los jugadores, se inició con la posición del portero preguntándole a quien pondría él en esa posición, ¿Quién sería la persona que estaría cuidando la portería ayudándole a proteger sus sueños o lo más valioso para él?, en la posición de delantero se le preguntó ¿Quién era aquel que lo ayudaba o animaba a notar sus logros o goles?, para el personaje del entrenador se le preguntó ¿Quién sería aquella persona de la que ha aprendido muchas cosas y qué le habían enseñado?.

También se le preguntó por otros compañeros del equipo mediante la pregunta ¿Quiénes son las personas de las que disfrutas estar en su compañía, aquellos con quienes te diviertes? Y se preguntó por los medios campistas como ¿Quiénes son aquellas personas que a veces te ayudan y otras no?, ¿A quiénes pondría en la banca? Y ¿Cómo diferencia aquellos que están en la banca de aquellos que desempeñan un papel en la cancha?

Eduardo acomodó de la siguiente manera a su equipo de la vida, como entrenadores Eduardo identificó a su abuelo ya fallecido, a dos de sus tíos y a su hermano mayor, repitió como portero a su hermano y como delantero a su padre junto con su madre y sus hermanas, como compañeros de equipo colocó a sus amigos de la escuela y como medio campistas

principalmente a sus tías y a su abuela (Tabla 8). El producto final del equipo de la vida se presenta en el anexo 6 del presente trabajo.

**Tabla 9**

*Resumen de sesión 12*

OBJETIVO	TÉCNICA	RESULTADOS
Cierre del trabajo terapéutico, consolidar los recursos del paciente	Se empleó la técnica del equipo de la vida con la finalidad de contextualizar sus redes de apoyo y consolidar sus recursos.	Se consolidaron los recursos para ser obediente a su palabra, respetuoso, reflexivo y empático que se fueron trabajando a lo largo del proceso terapéutico.

Sesión de cierre 2

23 – Enero – 2019

Esta sesión resumida en la tabla 10, se tuvo con los padres del paciente con la finalidad de corroborar el alta y se firmó con ellos la carta de egreso del Centro de Atención Psicológica, durante la sesión se revisaron los objetivos que se plantaron con ellos en las entrevistas iniciales. Durante la sesión el padre del paciente expresó “me gustaría que siguiera recibiendo atención”, por lo que con el motivo de consulta atendido se le realizó la recomendación de que podrían buscar un proceso terapéutico de otro enfoque con la finalidad de que Eduardo cursara su adolescencia de una forma más satisfactoria para él, ya que el motivo de consulta por el que acudió y los objetivos que se habían planteado se encontraban resueltos.

**Tabla 10**

*Resumen de sesión 13*

OBJETIVO	TÉCNICA	RESULTADOS
Indagar con los padres del paciente los cambios que ha tenido y corroborar el alta.	Preguntas de indagación	Se corroboró el alta con los padres del paciente.

Para finalizar el proceso terapéutico en la última sesión se trabajó desde el enfoque narrativo la técnica ceremonia de definición, con el paciente y su familia nuclear, es decir sus dos hermanos y sus padres, esta ceremonia buscó fortalecer y enriquecer los cambios que logró durante su proceso terapéutico.

Al finalizar la ceremonia se le entregó al paciente una carta que se incluye en el anexo 7 del presente trabajo, la cual se redactó con la finalidad de consolidar las vivencias y recursos que Eduardo encontró durante su proceso, así como para dejar una predicción para su futuro de manera que al leerla pueda retomar los cursos con los que cuenta y en futuras circunstancias haciendo uso de ellos pueda retomarlos para salir adelante. Además se le entregó un certificado (adjunto en el anexo 8) del cierre de su proceso con el fin de buscar la concientización de que los cambios que ocurrieron se debieron a su participación activa en el proceso, como una representación de su compromiso con sus acciones y con él mismo. Se muestra el resumen en la tabla 11 de esta sesión de cierre del proceso terapéutico.

### **Tabla 11**

#### *Resumen de sesión 14*

OBJETIVO	TÉCNICA	RESULTADOS
Sesión de despedida del paciente	Ceremonia de definición	Fortalecer y enriquecer los cambios terapéuticos

### **Seguimiento**

Dos meses después se realizó el seguimiento y se aplicó un cuestionario de satisfacción acerca del servicio que se le brindó al paciente en el Centro de Atención Psicológica, esta cita con el paciente fue breve pero permitió corroborar la continuidad de los cambios logrados en el proceso terapéutico, además Eduardo expresó verbalmente y de manera escrita, su satisfacción con los resultados y cambios que obtuvo del proceso psicoterapéutico.

## Resultados

Al concluir el proceso terapéutico la intervención realizada desde el enfoque integrativo bajo la modalidad de integración asimilativa, permitió trabajar el motivo de consulta con una base teórica del enfoque sistémico, teniendo la flexibilidad de incorporar técnicas de dicho enfoque y del enfoque narrativo, lo que resultó altamente conveniente para ampliar las emplear las intervenciones que mejor se adaptaran al paciente así contribuyendo a el proceso terapéutico y la resolución del motivo de consulta. Alcanzando los objetivos que se plantearon al inició de la intervención: diferenciar comportamientos asertivos de aquellos que no lo eran, concientizar respecto a la gravedad y consecuencias asociadas a la conducta, practicar la autoreflexión y trabajar el manejo de sus impulsos. Esto mediante los cambios que el paciente mostró en sus sentimientos, pensamientos y acciones.

Eduardo logró ser consciente de que sus acciones tienen consecuencias de las cuales tendría que responsabilizarse, esta concientización se alcanzó mediante el desarrollo de la empatía trabajada durante las sesiones, el poder comprender como sus acciones hacían sentir a los demás permitió que desarrollara la capacidad de reflexionar sobre su conducta, por lo tanto pudo diferenciar entre las acciones que son benéficas o perjudiciales tanto para él como para los demás, adquirir esta conciencia y capacidad reflexiva le llevó a desarrollar un mejor manejo de sus impulsos.

Los cambios a nivel de pensamiento logrados por el paciente le permitieron hacerse capaz de reparar sus errores, en su caso particular, ideando él mismo un plan para poder tener de nuevo la confianza de sus padres y de su familia mediante un mejor comportamiento y pedir una disculpa.

Al llevar a la acción este plan que surgió del propio paciente, éste comenzó a ser más respetuoso con sus figuras de autoridad y mostró ser capaz de potencializar sus propios recursos como cumplir sus compromisos. Esto como producto final condujo a que el alta del paciente ocurriera de manera coordinada con el fin del proceso terapéutico.

Haber trabajado de forma directa en el caso de Eduardo dentro del programa del servicio social bajo un trabajo colaborativo con el co-terapeuta, el equipo de observadores y la supervisión grupal dirigida por la Dra. Blanca Mancilla, en un caso particular como el de Eduardo, deja en el terapeuta una experiencia que es altamente nutritiva para el desarrollo de competencias y habilidades profesionales.

Capacidades como la de una escucha que el profesional tiene que entrenar para poder ser empático y lograr que el paciente se sienta comprendido y seguro de hablar sobre lo que piensa y siente en el espacio terapéutico, la observación que tiene que ser analítica ayudando a notar las expresiones del lenguaje no verbal que pueden brindar algún indicador de algo que le cuesta verbalizar al paciente, como en el caso de Eduardo y la ansiedad que expresaba mediante el movimiento de su pierna en la primera sesión, el psicodiagnóstico mediante una entrevista adecuada con los padres y el paciente para tener una mejor comprensión de como afecto en global el motivo de consulta permitiendo así volver soluble el motivo de consulta y transformarlo en varios objetivos terapéuticos que permitieran llegar a la resolución del mismo.

También fue altamente fructífero para la experiencia profesional del terapeuta poder realizar la aplicación de técnicas que se adecuaron a la etapa de desarrollo del paciente y que pudieran ofrecerle al paciente el uso de las más adecuadas para su motivo de consulta tales como aquellas pertenecientes al enfoque sistémico basadas en distintos tipos preguntas como: circulares, de indagación, estratégicas y de concientización, ya que al ser adolescente se buscó desarrollar la capacidad autorreflexiva a partir de ellas. Se realizaron algunas técnicas del enfoque narrativo como el dibujo, el equipo de la vida, la ceremonia de definición, que ayudaron a que el paciente pudiera expresar e interiorizar lo trabajado durante el proceso terapéutico, así como no menos importante experimentar el ejercicio de una práctica clínica desde la ética tanto con el equipo de observadores como con las sesiones en paralelo que se tuvieron con los padres teniendo supervisión constante una profesional con vasta experiencia como la Dra. Mancilla.

El uso de las técnicas antes mencionadas de los enfoques sistémico y narrativo permitió adquirir Conocimientos prácticos y teóricos sobre la intervención desde el enfoque integrativo.

Además realizar una lectura psicoanalítica sobre las sesiones permitió una mayor comprensión de lo que el paciente transmitía durante estas, la experiencia de la Dra. Mancilla en Psicoanálisis, nos ayudó generar hipótesis sobre el caso las cuales se sometían a corroboración en la sesión subsecuente, como por ejemplo en el primer dibujo del cohete donde los límites de este y la atmósfera estaban muy remarcados, la interpretación de la Dra. Mancilla permitió generar la hipótesis de que quizá los límites dentro de la familia eran muy rígidos esto nos llevó a indagar más acerca de la dinámica familiar dándonos orientación sobre los temas a trabajar con los padres en las sesiones que se tuvieron con ellos como la falta de claridad en los límites y la necesidad de que los límites en puestos en casa por la madre fueran reforzados por el padre.

La síntesis de la teoría, lo ocurrido en las sesiones y la retroalimentación recibida tanto del equipo de observadores como de la doctora a cargo del programa, permitió lograr la diferenciación entre la intervención con el paciente y la orientación y seguimiento que se tenía con los padres, pues el paciente fue Eduardo quien desarrolló recursos y factores de protección acorde a su etapa de desarrollo que le permitieran prevenir una reincidencia en un intento de abuso sexual el cual fue el motivo de consulta por el que llegó al Centro de Atención Psicológica, logrando culminar con éxito su proceso terapéutico.

## **Discusión**

El caso expuesto en el presente trabajo permite vislumbrar y tener una mejor comprensión de los factores que contribuyen a la presencia de intento de conductas delictivas en el adolescente, específicamente en el conato de abuso sexual. Así mismo, se presenta una intervención desde el enfoque integrativo, que fue fundamental para resolver de manera satisfactoria el motivo de consulta, debido a que este enfoque brinda la posibilidad de obtener una mirada holística de la persona y una comprensión multicausal del problema o dificultad que el paciente requiere resolver en el proceso terapéutico. El enfoque bajo el cual se trabajó es relevante ya que en los pacientes cada aspecto tanto intrínseco como extrínseco de él se entretreje para dar origen a su forma de conceptualizar y reaccionar a las dificultades que afronta en su vida (Coonerty, 1993).

Esta multicausalidad es importante indagarla desde que se inicia la primera entrevista de evaluación con el paciente, pues al ser un adolescente hay que incorporar a la evaluación no solo al paciente, sino también a sus padres y la indagación sobre los vínculos familiares junto con la dinámica que existe entre ellos toma mayor relevancia, pues en este momento de la adolescencia, los conflictos se pueden presentar con la familia, conocer cómo han intentado resolverlos y de qué tipo son, resulta fundamental para poder comprender mejor su contexto y cómo lo vive el paciente.

Otro factor importante de esta etapa de desarrollo sería tener presente las necesidades propias del desarrollo que Rice (2000) mencionó tales como la necesidad de relaciones significativas, de ampliar el círculo de amistades, de encontrar aceptación, reconocimiento y

estatus social en los grupos desarrollando amistades heterosociales y la necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades que contribuyan al desarrollo personal y social; ya que del éxito o la falta de atención en estas necesidades podría repercutir directamente en la conformación de su personalidad durante la vida adulta.

Explorar la dinámica familiar y no mantener todo centrado únicamente en el paciente fue fundamental para comprender que desde la familia nuclear existía lo que Minuchin (1974, como se citó en Ritvo y Glik, 2003) llamaba interacciones rígidas en la familia, esto con llevó a que la relación del paciente con sus padres y hermanos se tornará disfuncional debido a que había una comunicación deficiente desde las figuras de autoridad, es decir desde los padres que no tenían una consistencia ni acuerdos sobre los castigos que se le ponían a Eduardo, este tipo de interacción contribuyo a la falta de satisfacción de las necesidades de tipo emocional, lo que condujo en cierta medida al motivo de consulta.

Al dirigir la atención a todo el contexto familiar del paciente fue importante explorar el estilo de crianza de los padres, pues al tener un estilo autoritario por parte de la madre y la familia extensa, además de los inconsistentes límites que se ponían en casa al no ser confirmados por el padre, se tenía como consecuencia que el paciente se encontraba en una situación de represión sobre temas y actividades relacionadas con sus intereses y realización.

Tomando todos los factores relevantes en consideración la intervención permitió que de forma colateral el proceso terapéutico actuara a nivel preventivo en la prolongación y agudización del comportamiento transgresor en la vida adulta del paciente; pues basándose en la explicación de la conducta antisocial de Terrie Moffitt (1993) como lo retoman Rivera y Cahuana Cuentas (2016) se pudo abordar el intento de violación como una conducta antisocial o disruptiva que se presentará solo en esta etapa del desarrollo y que fue producida en gran medida por el contexto en el cual estaba el paciente.

El conocimiento teórico previo y la evaluación realizada mediante entrevistas, permitieron que el motivo de consulta se volviera soluble, es decir que se pudo ir abordando desde varios aspectos como el manejo de impulsos, el pensamiento reflexivo, la empatía, la expresión de emociones y la concientización de acciones y consecuencias. Este enfoque fue muy fructífero para disminuir la ansiedad del paciente y que este pudiera sentir al espacio terapéutico como

suyo, de manera que la comunicación fluyera y el paciente tomará la responsabilidad de participar en la resolución tanto del motivo de consulta como de las consecuencias de su acción.

Un aspecto fundamental para culminar el proceso terapéutico con éxito fue involucrar a los padres del paciente en sesiones de orientación, ya que la familia es un pilar fundamental en el desarrollo y en la maduración del adolescente. En este caso, los padres presentaron rasgos de un estilo de crianza autoritario, rígidos y de límites difusos fue importante trabajar en sesiones paralelas al proceso terapéutico para poder ayudarles principalmente en dos cosas: calmar la angustia que había generado el intento de abuso por parte de su hijo y orientarlos sobre cómo tener una mejor relación mediante límites claros y consistencia en los castigos que se le asignaban al adolescente, también se les incentivó para escuchar y tomar en cuenta las necesidades de su hijo para practicar sus habilidades sociales, como el participar en un equipo de futbol o en los trabajos de equipo de la escuela.

Es importante rescatar el trabajo realizado fuera de sesión con el equipo que se encontraba del otro lado de la cámara de Gesell y la supervisión directa que hizo la Dra. Mancilla a cargo del programa, pues las hipótesis y la lectura psicoanalítica que ella brindaba después de las sesiones permitió constantemente encontrar las técnicas y los recursos necesarios para que el propio paciente resolviera su motivo de consulta. El caso aquí presentado resalta la importancia de manejar la intervención psicológica en adolescentes ponderando su contexto familiar y la etapa de desarrollo en la que se encuentran debido a que esta es una de las etapas con mayores cambios a nivel fisiológico, psicológico y social.

## **Conclusiones**

El caso de Eduardo permite concluir que la intervención oportuna en los inicios de la conducta antisocial cuando no existe un componente genético, biológico o antecedentes familiares relacionados al abuso sexual, puede realizarse de manera exitosa si se cuenta con una mirada holística de la persona, considerando y ponderando los distintos factores involucrados. Mediante una flexibilidad constante que ayude al paciente a hacerse no solo participante activo en el tratamiento sino responsable de las consecuencias y encaminando el trabajo terapéutico a que el paciente encuentre y maximice los recursos con los que cuenta para hacerse cargo de ello.



Este análisis de caso y los resultados también pretenden incitar la publicación de más casos clínicos que se relacionen a las conductas previas que podrían estar asociadas a la violación, específicamente a las que se manifiestan en los agresores con la finalidad de robustecer el conocimiento acerca de este tema, qué factores pueden estar contribuyendo a la presencia de conductas antisociales para que de esta forma el psicólogo clínico cuente con información empírica al respecto y para poder actuar en la prevención oportuna de dichas conductas.

### **Limitaciones y sugerencias**

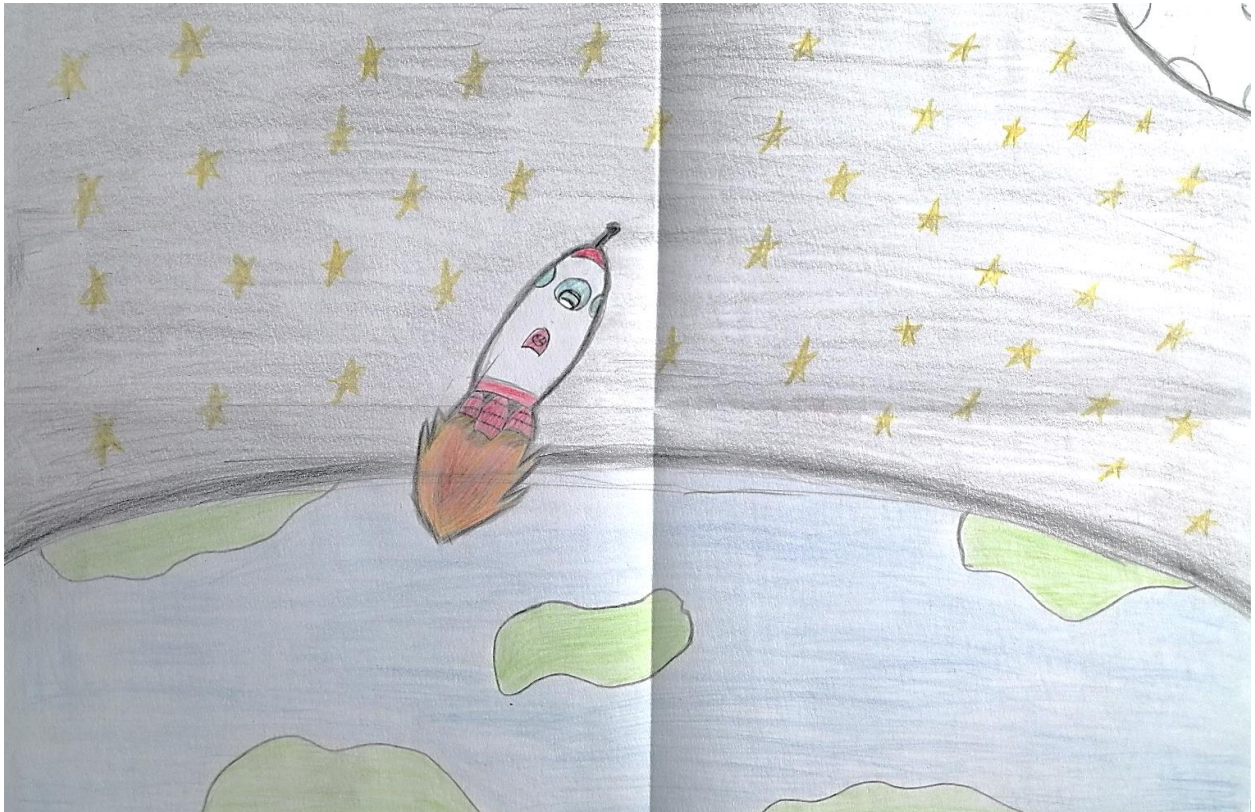
Si bien no es posible generalizar la intervención realizada a pacientes que hayan cometido un conato de abuso sexual, este trabajo hace posible aportar algunas consideraciones para tener en cuenta al momento de evaluar, diagnosticar y seleccionar un enfoque en este tipo de casos que permitan brindarle al paciente las mejores técnicas y herramientas para contribuir al éxito del proceso terapéutico. Es importante reiterar la imposibilidad de abordar de la misma manera todos los casos de intento de abuso sexual, pero también resulta de importancia de compartir la información del proceso terapéutico con la finalidad de ofrecer alternativas e ideas sobre cómo podría llevarse a cabo la intervención en estos casos.

Resulta recomendable que al realizar intervención terapéutica con adolescentes se tome en consideración la etapa de desarrollo en la que se encuentra y en que sub etapa está el paciente, ya que en cada una de estas se pueden encontrar distintas necesidades, circunstancias y cambios biológicos en el adolescente.

También es conveniente sugerir que, en futuros casos, se pueda extender el seguimiento de los logros terapéuticos al mes y a los seis meses con la finalidad de corroborar el mantenimiento de los cambios logrados durante el proceso de atención psicológica, con la finalidad de poder brindar mayor información acerca de la efectividad del enfoque integrativo en la intervención de conductas anti sociales en la adolescencia.

# ANEXOS

## ANEXO 1



ANEXO 2



### ANEXO 3

LO QUE SI QUEREMOS QUE  
Pase:

1: Expresar lo que pienso tal y como se me  
Ocorre.

2: Pensar sobre nuestros actos.

3: Que exista respeto.

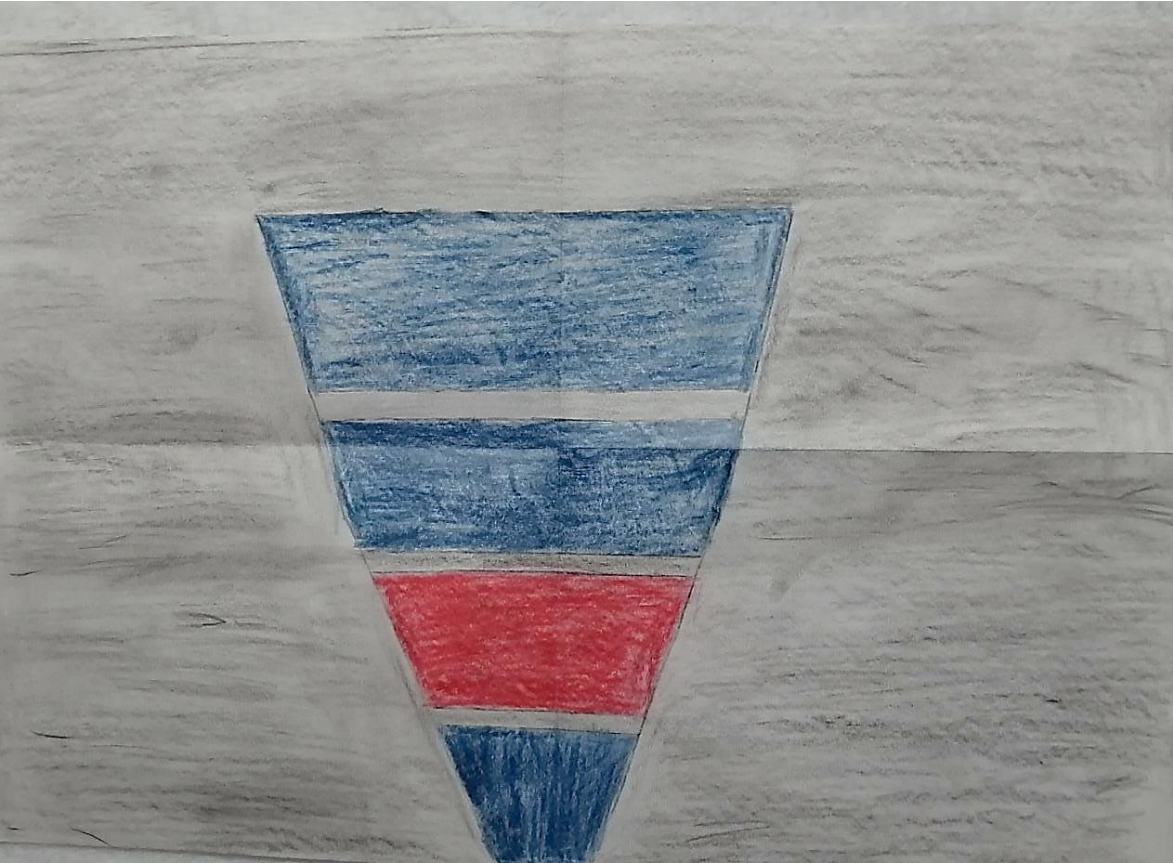
ANEXO 4

LO QUE NO  
QUEREMOS  
QUE PASE

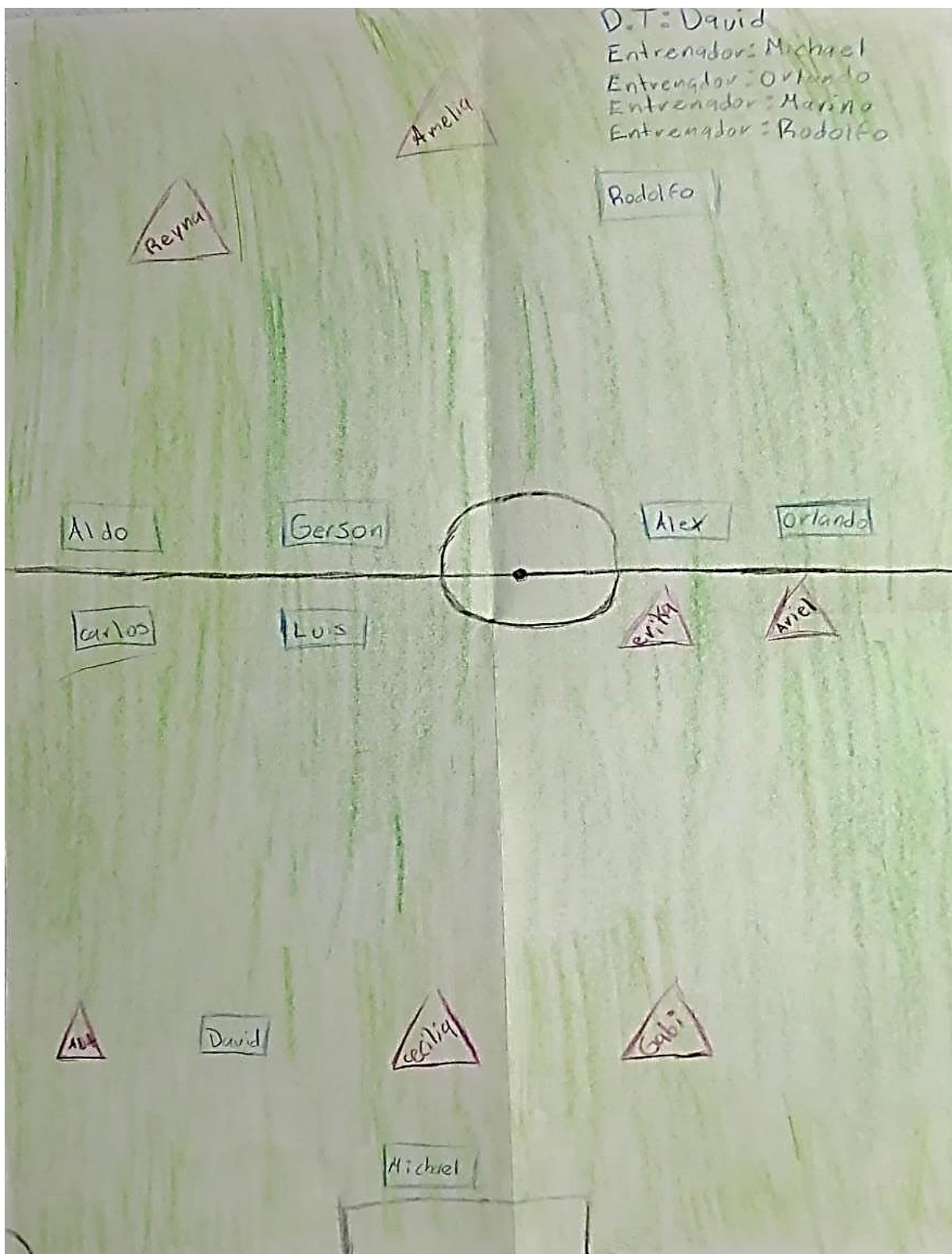
- 1: No decir nose.
- 2: El decir no puedo.



**ANEXO 5**



ANEXO 6



## ANEXO 7

Hola Eduardo

Llegamos al final de tus sesiones y de este proceso terapéutico, en el cual aprendiste mucho sobre ti, aprendiste que todos tus actos tienen consecuencias que vas a vivir, de las cuales tienes que hacerte responsable por tu bien, así mismo aprendiste que cuando cometes un error tienes la capacidad de repararlo, no dejándolo al tiempo, sino tomando en tus manos la responsabilidad de esta reparación a través de tus acciones. Tienes el valor de enfrentar las consecuencias de tus actos y te diste cuenta de que tu palabra vale y cuando la das te comprometes a cumplirla y a respetar lo prometido.

Ahora ya eres capaz de diferenciar cuándo tu conducta te puede ayudar o perjudicar y el poder hacerlo, antes de pasar a la acción, te permite reflexionar sobre tu conducta y tomas en cuenta lo que sienten los demás y piensas tus acciones para poder recapacitar; esto es un logro, que significa poder ir por la vida de manera consciente y responsable.

Estamos seguros de que el pensar en tus acciones antes de llevarlas a cabo, el hacerte responsable por las mismas, el ser respetuoso a tu palabra, reflexivo, obediente a tus figuras de autoridad y el tener la capacidad de solucionar tus errores mediante tus propios actos, son herramientas invaluable que serás capaz de utilizar cada vez con mayor destreza.

Por ello sabemos que después de terminar este proceso continuarás controlando tus acciones utilizando todo lo aprendido y si nos volvemos a encontrar en cuatro años tú serás un joven que estará eligiendo la carrera que quiere estudiar, haciendo uso de tu capacidad para reflexionar sobre tus decisiones.

Nos ha dado mucho gusto acompañarte en este proceso, ser testigos de tus logros y avances, y nos da aún más gusto el ver que lograste ser consciente de tus recursos y de cómo los aplicas, si en algún momento necesitas recordarlos esta carta te servirá, gracias por permitirnos ser testigos de ello, hasta luego.

Atte. Dulce y José María

25 de Enero del 2019



**ANEXO 8**



## Referencias

- Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas. (11 de Enero de 2020). *ALAPSI*.  
Obtenido de <http://www.alapsiweb.org/quienes.php>
- Bautista Valencia , D. F. (2019). *Estudio de caso normas y límites a nivel familiar. Habilidades para la psicoterapia*. (Tesis de grado) Bucaramanga: Universidad Cooperativa de Colombia . Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/14525>
- Berger Kathleen Stassen, K. S. (2015). *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. Panamericana.
- Bermudez Romero, C., & Brik Galicer, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Síntesis.
- Betancour Ocampo, D., & Andrade Palos, P. (2011, 29 Abril). Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20 (1), 27-41. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80419035006>
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). *Terapia individual sistémica*. Amorrutu.
- Bustamante Fernández , M. (2016). *Prácticas narrativas en Psicoterapia con niños, niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente*.(Tesis de grado) Santiago, Chile: Universidad de Chile. Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145838> URI:
- Capano Bosch, A., González Tornaría, M., & Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología*, 34(2), 413-444. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.008>
- Cornejo, C. (2005). Las dos culturas de/en la psicología. *Revista de psicología*, 14(2), 189-208. DOI: 10.5354/0719-0581.2005.17432
- Cruz Hernández, F. (2017). *Estilos de crianza y factores que influyen en el desarrollo de la personalidad psicópata*. (Tesina de grado) Ciudad de México: Universidad Latina. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/187446>
- Dávalos Picaso, G., Núñez Partido, J. P., Vázquez Colunga , J. C., Colunga Rodríguez, C., Ángel González , M., Pedroza Cabrera , F. J., . . . Gómez Péres, M. Á. (2019, 15 Febrero). Efecto de la terapia familiar sistémica sobre síntomas internalizantes y externalizantes en adolescentes . *Revista Argentina de Clínica Psicológica* , 28(4), 429-438. DOI: 10.24205/03276716.2019.1124

- Drewes, A. A., Bratton, S. C., & Schaefer, C. E. (2011). *Integrative Play Therapy*. New Jersey: John Wiley and Sons. DOI: 10.1002/9781118094792
- Domínguez López, M. G. (2013). *Influencia de los estilos de crianza en la conducta delictiva en adolescentes tardíos*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Insurgentes, México.  
Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/450297>
- Estaire, F. S. (4 de Enero de 2020). *Psicólogos en Madrid EU*. Obtenido de Gabinete psicológico en Madrid Capital : <https://psicologosenmadrid.eu/teoria-general-de-sistemas-de-von-bertalanffy/>
- Gaete, V. (2015, 1 Abril ). Desarrollo psicosocial del adolescente . *Elsevier*, 86(6), 436-443.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Gaxiola Romero, J. C., Frías Armenta, M., & Figueredo, A. J. (2012). Factores protectores y los estilos de crianza: un modelo bioecológico. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud*, 28-40. DOI: 10.36793/psicumex.v1i1.218
- Iguesias Diz , J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral* , 17(2), 88-93. URL: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
- Klein, A. (2020). Concepción de la adolescencia en Peter Blos: la ardua tarea de ser adolescente. *Revista de Psicología ULNP*, 19(2), 54-64. DOI: 10.24215/2422572Xe076
- López Mexica, A. L. (2019). *Propuesta de intervención: herramientas de la terapia narrativa para resignificar la relación padres-hijos en la adolescencia*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/3468648>
- Maddaleno, M., & Infante Espíndola, F. (2003, Enero ). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45(1), 132-139. URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003000700017&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700017&lng=es&tlng=es)
- Membrillo Luna, A., Fernández Ortega, M. Á., Quiroz Pérez, J. R., & Rodríguez López, J. L. (2008). *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. Editores de Textos Mexicanos.

- Méndez Romero, N. A., & Pescador Rivera, A. L. (2006). *Discursos dominantes en la vida de las personas y su manejo en Terapia Narrativa*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/175247>
- Méndez Sánchez, M., Peñaloza Gómez, R., García Méndez, M., Jaenes Sánchez, J. C., & Velázquez Jurado, H. R. (2019, 13 Agosto). Divergencias en la percepción de las prácticas parentales, comportamiento positivo y problemáticas entre padres e hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(2)194-205. DOI: <https://doi.org/10.14718/acp.2019.22.2.10>
- Moreno, A. (2014). *Manual de terapia sistémica*. Desclée de Brouwer.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. El manual moderno.
- Nardone, G. (2003). *Modelos de familia*. Herder.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *CIE-10 Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Osorio Román, Sandra Alicia. (1996). *Estilos de crianza en México: estudio epidemiológico*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/218257>
- Palma-Bustillos, R. E. (2018). *Análisis comparativo de los actos del habla en los modos de intervención en psicoterapia. Enfoque psicoanalítico y sistémico*. (Tesis de Maestría en Psicoterapia) Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11117/5778>
- Peralta Hernández, Y. A. (2015). *Psicoterapia integrativa en un niño con componentes de personalidad limítrofe*. (Tesis de Maestría) Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/97798>
- Pérez Vega, M. G. (2013). *El papel medicinal de los estilos parentales y esquemas cognitivos maternos en la relación prácticas de crianza y frecuencia de problemas de comportamiento infantil*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/126383>
- Philip, R. F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Prentice Hall.
- Ritvo, E. C., & Glick, D. I. (2003). *Terapia de pareja y familiar: Guía práctica*. Manual Moderno.
- Rodríguez Alejo, D. I., Cisneros Ramos, M., & Robles Cedeño, L. A. (2018). Psicoterapia integrativa en un caso de trastorno depresivo persistente. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 21 (1) 355-382. URL:<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/64033/56201>

- Ruvalcaba Romero, N. A., Gallegos Guajardo, J., Caballo M., V. E., & Villegas Guinea, D. (2016, 3 Septiembre). Prácticas parentales e indicadores de Salud Mental en Adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 223-236. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21349352001>
- Shutt Aine , J., & Maddaleno, M. (2003, 01 Enero). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. *Organización Panamericana de la Salud* , 30-35. URL: [https://www.researchgate.net/publication/251896975\\_Salud\\_sexual\\_y\\_desarrollo\\_de\\_adolescentes\\_y\\_jovenes\\_en\\_las\\_Americas\\_Implicaciones\\_en\\_programas\\_y\\_politicas](https://www.researchgate.net/publication/251896975_Salud_sexual_y_desarrollo_de_adolescentes_y_jovenes_en_las_Americas_Implicaciones_en_programas_y_politicas)
- Torío López, S., Peña Calvo, J. V., & Inda Caro, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1), 62-70. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720110>
- Tur , A. M., Maestre, M. V., & Del Barrio, V. (2004). Los problemas de conducta exteriorizados e interiorizados en la adolescencia: relaciones con los hábitos de crianza y con el temperamento. *Acción Psicológica*, 3(3), 207-221. URL: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:AccionPsicologica2004-numero3-0005&dsID=Documento.pdf>
- Villarreal Zegarra, D., & Paz Jesus, A. (2015). Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y práctica clínica . *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 1(1), 45-55. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560558782003>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Norton.
- Zlachevsky Ojeda, A. M. (2012, 27 Diciembre). Constructividad y razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa. *Revista de Psicología*, 21(2) 237-259. DOI: 10.5354/0719-0581.2012.25845