



RESUMEN

El tema de tesis de este trabajo de investigación es Análisis Sistémico Estructural de las Familias con un miembro con ideación y/o intento de suicidio. Hospital Vicente Corral Moscoso. 2011 – 2012. El objetivo del trabajo fue determinar si la estructura o dinámica familiar puede ser un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intentos suicidas desde un análisis sistémico estructural.

La muestra es representativa; en el Hospital Vicente Corral Moscoso se seleccionó un tamaño de muestra significativa de familias. Se identificaron a aquellas familias con un miembro con ideación y/o intento de suicidio para conocer los factores de riesgo y las percepciones que acompañan a la familia. Se observó cómo las interacciones familiares disfuncionales pueden ser un coadyuvante para la aparición de la conducta suicida. Los instrumentos utilizados para la obtención de la información fueron las entrevistas sistémicas, el Genograma y un Formulario de análisis estructural de la familia, con todo esto se analizó los datos obtenidos y se planteó una propuesta de prevención y capacitación a las familias, basado en los criterios evaluados.

Palabras claves: Estructura – Familias – Suicidio



ABSTRACT

The theme of the thesis of this research is Systemic Structural Analysis of Families with a member with suicidal ideation and / or attempted suicide. Vicente Corral Moscoso Hospital. 2011 to 2012. The aim of this work was made in order to determine if the structure or family dynamics may be an adjunct to the emergence of suicidal ideation or attempts from a systemic structural analysis.

The sample is representative, at Vicente Corral Moscoso Hospital a representative sample of families was selected. We identified families with a member with suicidal ideation and / or suicide attempt to understand the risk factors and perceptions that accompany the family. It was noted how dysfunctional family interactions may be an adjunct to the emergence of suicidal behavior. The instruments used to obtain information were systemic interviews, the Genogram and a form of structural analysis of the family, with all this we analyzed the obtained data and put forward a proposal for prevention and training to families, based on the criteria evaluated.

Key words: Structural – Families – Suicide.



INDICE DE CONTENIDOS

**CAPÍTULO 1:
EL SUICIDIO**

1.1 ¿Qué es el suicidio?.....1
1.1.1 Tipos de suicidio.....2
1.2 El suicidio en el Ecuador.....14
1.3 El suicidio en Cuenca.....15
1.4 Factores desencadenantes que inducen a la ideación y/o intento de suicidio..16
1.4.1 Factores de riesgo.....19
1.4.2 Factores precipitantes.....19
1.5 Factores protectores del comportamiento suicida.....20
1.5.1 Factores personales.....20
1.5.2 Factores medioambientales.....21
1.6 El impacto psicológico en la familia cuando uno de sus miembros fallece a consecuencia del suicidio.21
1.7 Los duelos complicados.....23

**CAPÍTULO 2:
LA FAMILIA DEL SUICIDA Y SU IMPORTANCIA DESDE LO SISTÉMICO**

2.1 La familia.....30
2.2 Las familias vulnerables.....32
2.3 Categorías sistémicas de familias con antecedentes suicidas
2.3.1 La psicopatología de los progenitores.....33
2.3.2 Estructura o funcionamiento familiar.....34



2.3.3 Acontecimientos vitales estresantes.....35

2.3.4 Factores sociales y nivel educativo.....36

2.3.5 Exposición.....36

2.3.6 Red social.....36

2.3.7 Otros factores.....37

2.4 ¿Qué pasa con la conducta suicida y las familias?.....39

2.5 Crisis y el ciclo vital familiar.....40

2.5.1 ¿Qué es una crisis?.....41

2.5.2 Tipos de crisis.....42

2.5.3 Etapas de una crisis.....44

2.5.4 Crisis y el ciclo vital familiar.....45

CAPÍTULO 3:

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y EL MODELO ESTRUCTURAL

3.1 Terapia Familiar Sistémica.....47

3.2 El Modelo Estructural.....48

3.2.1 Los conceptos claves del Modelo Estructural.....49

3.3 Los principales aspectos del Enfoque Sistémico

3.3.1 La Familia desde el modelo estructural.....52

3.3.1.1 Tipos de Familia.....53

3.3.2 El problema presentado.....56

3.3.3 El proceso de cambio Terapéutico58

3.4 Técnicas de intervención en Terapia Estructura.....62



CAPÍTULO 4:

**ANÁLISIS SISTÉMICO ESTRUCTURAL DE LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO
CON IDEACIÓN Y/O INTENTO DE SUICIDIO.**

4.1 Análisis de resultados (Cuadro) y lectura del cuadro.....73
4.2 Análisis de datos mediante tablas con porcentajes.....89

CAPÍTULO 5:

**PROPUESTA DE PREVENCIÓN Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS
BASADO EN LOS CRITERIOS EVALUADOS**

5.1 El suicidio y la magnitud del problema.....97
5.2 Plan de prevención y capacitación a las familias.....103
5.3 Mitos sobre el suicidio.....104
5.4 Factores de riesgo de suicidio.....108

CAPÍTULO 6:

CONCLUSIONES FINALES

Conclusiones.....155
Recomendaciones.....159

Anexos.....168



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, JESSICA VANESSA QUITO CALLE, autor de la tesis "ANÁLISIS SISTÉMICO ESTRUCTURAL DE LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO CON IDEACIÓN Y/O INTENTO DE SUICIDIO. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. 2011 - 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de MAGISTER EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 11 de Diciembre del 2012



JESSICA VANESSA QUITO CALLE
C.I. 010374138-5



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, JESSICA VANESSA QUITO CALLE, autor de la tesis "ANALISIS SISTEMICO ESTRUCTURAL DE LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO CON IDEACIÓN Y/O INTENTO DE SUICIDIO. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. 2011 - 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a. -

Cuenca, 11 de Diciembre del 2012



JESSICA VANESSA QUITO CALLE
C.I. 010374138-5



UNIVERSIDAD DE CUENCA



Facultad de Jurisprudencia

Escuela de Trabajo Social y Orientación Familiar

Título: “Análisis Sistémico Estructural de las Familias con un miembro con ideación y/o intento de suicidio. Hospital Vicente Corral Moscoso. 2011 – 2012”

**Trabajo de graduación previo a la obtención
del título de Magíster en Intervención
Psicosocial Familiar**

Autora: Jessica Vanessa Quito Calle

Directora: Dra. María del Carmen Borrero

Cuenca, Ecuador

2012



DEDICATORIA

A **Olger Romero Velásquez**, Gracias por tu apoyo amor...

A mis padres: **Ernesto** y **Luzmila**.

Y mis hermanos: **Luis**, **Fernando** y **Andrés**.

Son mi ejemplo y admiración por sus magníficas fortalezas.



AGRADECIMIENTOS

Doy mi más sincero agradecimiento a la Directora de esta tesis **Dra. María del Carmen Borrero** por sus conocimientos y apoyos para que llegue a feliz término este trabajo de investigación. A aquellos maestros que estuvieron en este arduo camino de la educación y sobre todo al **Dr. José Montalvo**. Al Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca y en especial al **Dr. Ismael Morocho**.



INTRODUCCIÓN

El ser humano continuamente lleva a cabo acciones autodestructivas como por ejemplo en el caso del tabaquismo y el alcohol en exceso. Cuando una persona tiene una intención de suicidio busca acabar con el sufrimiento porque su visión túnel no le permite ver otras posibilidades. La mayoría de los suicidios tienen lugar durante una crisis depresiva. El suicida siente un dolor emocional que se le hace insoportable, se siente desesperado, piensa que nada cambiará en el futuro, que su familia no lo apoya y no ve más salida a su sufrimiento que la muerte.

En numerosas familias actuales existen situaciones que elevan los riesgos del suicidio, también están las presiones económicas, la falta de trabajo o el trabajo intenso, los divorcios, el alcoholismo y drogadicción. La explicación puede encontrarse en el deterioro de la calidad de las familias, las presiones en la educación, la incertidumbre frente al futuro y la estimulación emocional a la que estamos expuestos. Las causas que llevan a un intento de suicidio son varias, entre ellas está la familia desorganizada. La familia es el lugar donde los individuos adquirimos nuestros primeros valores y fortalezas que van influyendo en el transcurso de nuestras vidas. El objetivo de este trabajo es determinar si la estructura o dinámica familiar puede ser un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intentos suicidas desde un análisis sistémico estructural, con ello, al descubrir, se podría apoyar a las familias, a mejorar las relaciones entre sus miembros y que opten por nuevas maneras de comunicarse.

Para este trabajo de investigación se ha tomado información de los libros de Salvador Minuchin quien desarrolló su propia forma de terapia como es la terapia familiar estructural. La Terapia familiar estructural se ocupa de los problemas dentro de una familia, trazando las relaciones entre los miembros de la familia, o entre los subgrupos de la familia. El terapeuta trata de afectar a las relaciones disfuncionales dentro de la familia, y hacer que se coloque nuevamente dentro de



un patrón saludable, por todo esto, se ha tomado este enfoque para la realización de este trabajo de investigación.

También se ha tomado información de algunas páginas de internet sobre Terapia Estructural, y de otros autores conocidos como el colombiano J. Montoya Carrasquilla, entre otros autores dedicados al estudio sobre la ideación y/o intento de suicidio en niños, adolescentes y adultos.

En el transcurso de este trabajo investigativo se ira observando la información que se obtuvo de los datos adquiridos en el Hospital Vicente Corral Moscoso para llegar a alcanzar los objetivos planteados.

Cuando se realizaban las intervenciones a las familias con miembros suicidas el área de emergencia del Hospital, se pudo observar que durante el día ingresaban entre dos a tres pacientes por intento de suicidio. De los 20 casos registrados en este trabajo de investigación, los hombres (11 casos) intentan suicidarse más que las mujeres (9 casos), las edades están comprendidas entre los 18 a los 48 años de edad en los hombres y desde los 16 y 55 años en las mujeres. El suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón. Resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, familiares, sociales, culturales y medioambientales.

En aquellas intervenciones con las familias y con el paciente identificado, también pude darme cuenta que nuestra sociedad cuencana está inmersa en una cultura de negligencia a causa del alcoholismo. Es un tema que debería ser tomado muy en cuenta por las autoridades para buscar la mejor prevención para nuestras futuras generaciones. El alcoholismo es un arma mortal que lleva a cometer suicidio. Como dice mi Directora de Tesis Dra. María del Carmen Borrero, "El alcoholismo es una forma aprendida de no afrontar los problemas, de no hablar sobre ellos, por lo que el suicidio viene a ser una forma de evadir una realidad que



no la saben manejar”, es por ello que si no ponemos atención a este mal social, nuestras futuras generaciones continuarán inmersos en el círculo de uno de los principales factores de riesgo para el suicidio, debido a la falta de comunicación y resolución de problemas dentro del sistema familiar.

Es difícil explicar por qué algunas personas deciden cometer suicidio, mientras otras en una situación similar o incluso peor, no lo hacen. No obstante, la mayoría de los suicidios pueden prevenirse. El suicidio es un problema grave de la salud que requiere nuestra atención inmediata. Lamentablemente su prevención y control no son tarea fácil. Muchas investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de información y una capacitación a las familias sobre la sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención en los intentos de suicidio.



**Psicóloga Clínica Jessica
Vanessa Quito Calle**



CAPITULO I

EL SUICIDIO





1.1 ¿Qué es el suicidio?

El suicidio es un problema de salud pública de alta incidencia que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas, se traduce en casi un millón de víctimas al año según lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos entre los jóvenes de 15 a 25 años.

Hay que tener en cuenta algunas palabras claves:

El suicidio.- Es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria, este aparece en todas las sociedades desde los tiempos más remotos. Sin embargo, a lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad hasta este acto, sus formas y su frecuencia.

El acto suicida.- Es un hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

La tentativa o el intento de suicidio.- Es un acto suicida detenido en su camino y cuyo resultado no fue la muerte, supone un fracaso material de la intencionalidad de la muerte.

La ideación suicida.- Son los pensamientos, planes o deseos persistentes de un sujeto a cometer suicidio. Son comunes en los niños y adolescentes de ambos géneros y no están necesariamente asociados con otros rasgos de psicopatología. Suelen ser motivo de consulta cuando se enuncian como amenazas. (Psiquiatría, 2010)



1.1.1 Tipos de suicidio

El Suicidio Egoísta:

Los hombres o las mujeres tienden más a quitarse la vida cuando piensan esencialmente en sí mismos, cuando no están integrados en un grupo social, cuando la autoridad del grupo y la fuerza de las obligaciones impuestas por un medio estrecho y fuerte no reduce los deseos que los animan a la medida compatible con el destino humano. El principal síntoma de este tipo de suicidio es la **apatía**, que viene dada por una melancolía perezosa y una gran dosis de sangre fría. Además se observa que se da más entre fieles del protestantismo que de otro tipo de religiones (católicos, judíos, etc.); esta inclinación debe estar en relación con el espíritu del libre examen que anima esta religión, ya que al haber menos prácticas y credos comunes, hace a los hombres plantearse muchos temas individualmente. (Sahún, 2005)

El Suicidio Altruista:

El individuo se da muerte de acuerdo con imperativos sociales, y ni siquiera piensa en reivindicar su derecho a la vida. Del mismo modo, el comandante que no quiere sobrevivir a la pérdida de su embarcación es suicida por altruismo. Se sacrifica a un imperativo social interiorizado, y obedece las órdenes del grupo hasta el extremo de ahogar en sí mismo el instinto de conservación. En este tipo de suicidio, la persona no lo hace porque quiera morir, sino porque cree que ese es su deber. La sociedad hace presión sobre él para que se destruya; le obliga, y es la que determina las condiciones y circunstancias que hacen exigible esta obligación.

Dentro de él se pueden encontrar otros tres tipos de suicidio:

- a) Suicidio altruista obligatorio:** Llevado a cabo con estricto deber.
- b) Suicidio altruista facultativo:** Como el anterior, pero es menos exigido por la sociedad. Es difícil saber dónde empieza uno y donde acaba el otro.



c) Suicidio altruista agudo: Impersonalidad llevada al máximo. Entrevé perspectivas más allá de esta vida, la cual aparece como un obstáculo. Su modelo perfecto es el suicido místico.

El Suicidio Anómico:

Es el más característico de la sociedad moderna, afecta a los individuos a causa de las condiciones de existencia que caracterizan a las sociedades modernas. En éstas sociedades, la existencia social ya no está regulada por la costumbre; los individuos compiten permanentemente unos con otros, esperan mucho de la existencia y les piden mucho, y por lo tanto están acechados perpetuamente por el sufrimiento que se origina en la desproporción entre sus aspiraciones y satisfacciones. Esta atmósfera de inquietud es propicia para el desarrollo de la corriente suicidógena. La expresión anomía, inventada por Emile Durkheim, es una *alienación o pérdida de identidad*. Es un estado social en el que cada individuo o grupo busca por sí solo su camino, sin un orden que lo conecte a los demás. Este tipo de suicidio es frecuente en las comunidades sociales cuyos valores y normas pierden fuerza. Entonces, cada hombre hace su vida. Esto es peligroso tanto para la integridad de la sociedad, como para aquellos individuos que viven dentro de ella y que, por motivos individuales, tienen especial tendencia a la desesperación.

En un reciente estudio, JIM DESHAIES reduce el suicidio a un simple fenómeno de psicología individual, y llama «complejo de Atropos» a este afán de liquidación total de la personalidad ante una empresa que se hace intolerable desde el punto de vista orgánico y vital.



1. SUICIDIO NO PATOLÓGICO.

- ✓ El respeto a la vida es función de una serie de consideraciones morales, religiosas y sociales. Hay sujetos que sacrifican su vida a un ideal religioso, a un sentimiento de honor, a un deber social. La muerte voluntaria suele ir asociada en semejantes casos a la idea de sacrificio.
- ✓ En ciertas circunstancias, el individuo de espíritu sano puede llegar a esa determinación porque representa la única salida posible y deseable de una situación grave, la única solución lógica que concuerda con sus intereses y los de su gente (*suicidio racional*, de DESHAIES).
- ✓ También cabe incluir en este grupo el suicidio de ciertos enfermos que, sabiéndose condenados por un mal inexorable, abrevian voluntariamente sus días; a veces reclaman tal solución a su médico o a sus allegados, lo cual plantea el tan discutido problema de la «eutanasia».

Tales gestos pueden lastimar ciertos dogmas morales, sociales o religiosos. Se sabe, por ejemplo, que los suicidas quedan excluidos del auxilio de la religión católica.

Sin embargo, la idea que dicta la resolución de tales sujetos puede considerarse como normal, no como idea delirante.

2. SUICIDIO PATOLÓGICO.

a) Determinismo patogénico.

Las ideas de suicidio y las reacciones suicidas obedecen siempre en este caso a una perturbación grave de la afectividad, a un tema delirante u obsesivo, o a desórdenes alucinatorios. Con gran frecuencia, el suicidio o su conato constituyen la primera revelación del estado anormal subyacente.



- a) Las perturbaciones afectivas son de tipo, intensidad y duración variables. Puede tratarse en ocasiones de un simple *desconcierto emotivo* agudo, transitorio, pero intenso, como el anuncio de una mala noticia, de una catástrofe; el sujeto pierde el dominio de sus actos y cede a un reflejo trágico. Otras veces es un *rapto súbito de ansiedad*, aislado o impuesto por una angustia latente que dicta el rasgo fatal. En este grupo entran, asimismo, todos los *estados pasionales*, con sus reacciones dramáticas: suicidio simple o crimen seguido de suicidio. Pero es sobre todo el dolor moral profundo, intolerable, del melancólico el que actúa en el dominio de la afectividad.
- b) En algunos individuos, ciertas ideas delirantes de indignidad, culpabilidad, autoacusación o místicas conducen a menudo a una solución que aquéllos consideran como una obligación inevitable o necesaria. Otras veces, la idea del suicidio se impone al sujeto como una verdadera obsesión intelectual, una idea fija de recurrencia frecuente o periódica, contra la cual lucha, y que suele confiar al médico. En esta forma obsesiva pura, raramente pasa a la acción, pero no por eso sufre menos, como todos los obsesos; es mucho más el temor al suicidio que el deseo o la voluntad de cometerlo.
- c) Finalmente, las alucinaciones intervienen a menudo en el determinismo del suicidio, ya se trate de alucinaciones visuales terroríficas, a las que el sujeto no puede escapar sino suprimiéndose, ya de alucinaciones auditivas que le dicten su conducta, después de dirigirle amenazas y reproches.
- d) En patología mental, estos diferentes mecanismos se asocian o superponen muchas veces en el determinismo del suicidio (melancólicos delirantes y angustiados, confusos oníricos alucinados y ansiosos).



b) Semiología.

a) Melancolía.

Es la enfermedad mental que da ocasión a suicidios con frecuencia mucho mayor que las demás; todo melancólico es un suicida en potencia. Nada deja de concurrir en él para hacer estallar tal disposición de ánimo: arrebatos de ansiedad, ideas delirantes, alucinaciones auditivas.

Hay en particular dos tipos de melancólicos de los cuales se debe desconfiar:

1. Los que no dicen nada y parecen sumidos en un estupor inerte, pero son en realidad presa de una rumiación obsesiva o de alucinaciones muy activas.
2. Los que se defienden con una actitud de resignación o una sonrisa equívoca, o bien alegan sus sentimientos religiosos o el amor de sus hijos para protegerse contra las indiscreciones del médico.

Recordaremos simplemente los medios, a veces insospechados, que emplean algunos: armas de fuego, cuchillos, hojas de afeitar, fragmentos de vidrio, ahorcaduras, sumersiones en un pozo o en el río, defenestración, apertura de venas o arterias, estrangulación con medias, cordones, etc., sofocación por taponamiento de la faringe, ingestión de drogas o de veneno, estufilla de gas o de carbón vegetal, inhibición de todo género. La *negativa a tomar alimentos* responde a la misma idea destructiva

b) Delirios crónicos e hipocondríacos.

Ciertas formas de delirio crónico, como el delirio de autoacusación pueden implicar el suicidio como reacción secundaria. Tal vez la idea es menos continua, menos obsesiva, menos imperativa que en la melancolía, pero termina, a menudo, por imponerse al sujeto. Ciertos hipocondríacos graves, al sistematizar sus trastornos cenestésicos en un



órgano o una función determinados, ante la impotencia de los tratamientos médicos o quirúrgicos, terminan por refugiarse en el suicidio; por lo general, se limitan a automutilaciones, que pueden considerarse como suicidios parciales.

c) Onirismo tóxico e infeccioso. En casos de onirismo secundario a enfermedades infecciosas, algunos enfermos han reaccionado con fugas o con suicidios inconscientes o involuntarios. Éstos son los que podrían designarse por suicidas accidentales: neumónicos delirantes y tifódicos perseguidos por enemigos imaginarios, que se tiran por la ventana; soldados negros, que en el hospital se abren el vientre con su bayoneta. Las mismas reacciones se observan en los alcohólicos que sufren delirio agudo: sintiéndose perseguidos, se ahorcan o se arrojan al agua, contentos cuando no han tenido que acuchillar antes a sus allegados para defenderse.

d) Epilepsia. Igual determinismo inconsciente es el que ocasiona a veces el suicidio de algunos epilépticos. (No confirmado en la clínica actual)

e) Estados demenciales. Recordaremos simplemente algunos suicidios de alienados (paralíticos generales, seniles). Son insólitos, a veces accidentales, y los voluntarios se distinguen por ausencia de reflexión o pobreza de la idea delirante impulsara.

f) En ciertos esquizofrénicos, el suicidio responde a un desorden afectivo profundo, a un acceso delirante episódico, o bien a un romanticismo sentimental anómalo. En semejante caso suele ir acompañado de una cierta teatralización o de circunstancias que traducen una originalidad singular.



3. ALGUNOS ASPECTOS PARTICULARES DEL SUICIDIO.

a) Herencia y suicidio. Se ha hablado mucho del suicidio hereditario, y el hecho es que se encuentra con frecuencia una predisposición familiar, que en dos o tres generaciones aparecen algunos casos de suicidio de ascendientes o colaterales. Hasta se han descrito hechos en los que el suicidio sobrevinía hacia la misma edad (heredosincronismo). En tales casos, lo hereditario es el terreno psicasténico o la constitución, que predisponen al individuo a accidentes de igual naturaleza.

Las familias se repiten a sí mismas. Lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, es decir, las mismas cuestiones tienden a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta pueda tomar una variedad de formas. Bowen lo denomina transmisión multigeneracional de pautas familiares.

La hipótesis es que "las pautas vincularas en generaciones previas pueden suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación". En el Genograma, buscamos estas pautas que continúan o se alternan de una generación a la otra.

El Genograma es una representación gráfica de una constelación familiar multigeneracional (por lo menos tres generaciones), que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida "Gestalt " de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.



Carter considera que el "flujo de ansiedad" en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El flujo "vertical deriva de pautas de funcionamiento que se transmiten históricamente de una generación a otra, en especial a través del proceso del triángulo emocional. El flujo de ansiedad "horizontal" surge de las tensiones actuales que pesan sobre la familia a medida que avanza a través del tiempo soportando los cambios inevitables, las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida familiar. Con la tensión suficiente en este eje horizontal, cualquier familia experimentará disfunción. Además, las tensiones en el eje vertical pueden crear nuevos problemas de modo tal que hasta una pequeña tensión horizontal puede tener serias repercusiones en el sistema. Por ejemplo, si una mujer tiene muchas cuestiones sin resolver con su propio padre (ansiedad vertical), le puede resultar difícil tratar las dificultades normales en la relación de pareja con su propio esposo (ansiedad horizontal). El Genograma ayuda al terapeuta a rastrear el flujo de ansiedad a través de las generaciones y del contexto familiar actual.

Repetición de pautas a través de las generaciones

Dado que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación, el terapeuta debe estudiar el Genograma para tratar de descubrir pautas que se hayan ido repitiendo a través de las generaciones. (Cibanal, Genograma Familiar, 2010)¶3 Párrafo

El funcionamiento de los miembros de una familia puede repetirse a través de las generaciones. En dichos casos, un estilo particular de funcionamiento (ya sea de adaptación o inadaptación) o de la forma de tratar un problema pasa de una generación a otra. Esta transmisión no necesariamente se da en la siguiente generación un padre alcohólico puede tener hijos abstemios y los hijos de éstos pueden convertirse en alcohólicos.

A menudo, el problema que presenta la familia habrá ocurrido en generaciones



UNIVERSIDAD DE CUENCA

previas. Varias pautas sintomáticas, tales como alcoholismo, incesto, síntomas físicos, violencia y suicidio tienden a repetirse en las familias de una generación a otra. También se pueden identificar pautas multigeneracionales de éxito o de fracaso. A veces ocurre que una generación presenta una pauta de funcionamiento de éxito y la siguiente de un notable fracaso. Al notar la repetición de pautas, el terapeuta podrá comprender mejor la adaptación actual de la familia a la situación y así sugerir intervenciones para frustrar el proceso.

Las pautas vinculares de proximidad, distancia, conflicto, etc. también pueden repetirse de una generación a otra. Un ejemplo de dicha repetición sería una familia donde la madre y el hijo mayor en cada generación poseen una alianza especial mientras que el padre y dicho hijo mantienen una relación conflictiva negativa.

El sistema humano más pequeño es un sistema de dos personas. En los Genogramas se pueden analizar en términos de relaciones de pares (diadas), con líneas vincularas de unión, fusión, distancia, separación, etc. Sin embargo, también podemos considerar el sistema familiar como un grupo de "triángulos" entrelazados. Así, por ejemplos el distanciamiento del padre respecto de la madre es una función de su intimidad con su hija y del conflicto de la madre con la misma.

Comprender las pautas triangulares en una familia resulta esencial para el planeamiento de la intervención clínica. La "destriangularización" es un importante proceso clínico a través del cual se les ayuda a los miembros de una familia a liberarse de rígidas pautas triangulares.



Es común que las pautas familiares de "funcionamiento" y de "relación" se intensifiquen cuando una estructura se repite de una generación a la otra. Cuando buscamos una repetición en el funcionamiento y las relaciones, también buscamos la repetición de la estructura familiar. Por ejemplo, una madre que es la menor de tres hermanas es probable que se identifique con su hija menor si ella también tiene tres hijas.

Sucesos de la vida y funcionamiento familiar

Esta categoría comprende el entendimiento de cómo los sucesos de la vida están interconectados con los cambios en el funcionamiento familiar. A menudo, sucesos al parecer desconectados que se dan alrededor de la misma época de la historia familiar están relacionados sistemáticamente y tienen un profundo impacto sobre el funcionamiento de la familia. Los cambios, transiciones y traumas críticos de la vida pueden tener un impacto dramático sobre un sistema familiar y sus miembros. Hay que prestar particular atención al impacto de las pérdidas, ya que es más probable que una familia tenga dificultades para reajustarse después de una pérdida que de cualquier otro cambio en la familia. (Cibanal, Genograma Familiar, 2010)¶6 Párrafo

El estudio del impacto de los hechos familiares debe darse dentro del contexto de las expectativas normalizadas. Se debe considerar la estructura familiar pero también las edades en el momento del hecho. Así, el cómo se ven afectados los hijos por un suceso crítico tal como la muerte de uno de los padres depende de su nivel de desarrollo emocional y cognoscitivo, ya que un hijo mayor tendrá una experiencia distinta de la de un hijo menor. Un hecho en particular traumático para una familia es la muerte de un niño pequeño. Al estudiar los Genogramas de personas famosas, se observa que muchas de ellas habían nacido un poco antes o después de la muerte de un hermano: a veces la muerte de un hijo hace que el hijo sobreviviente sea más "especial" para los padres.



Un suceso "bueno" también puede tener un poderoso impacto sobre la familia. En muchas familias, la fama de un individuo tiene profundas repercusiones para los otros miembros de la familia; a menudo, los hijos de la siguiente generación tienen un difícil legado: "una tarea dura a seguir"

Ciertas "coincidencias" de hechos pueden comprenderse como "reacciones de aniversario"; es decir, los miembros de una familia reaccionan ante el hecho de que la fecha es el aniversario de algún suceso crítico o traumático. Por ejemplo, un miembro de una familia puede deprimirse para la misma época del año alrededor de la fecha cuando murió uno de sus padres o un hermano, a pesar de que a menudo esa persona no realiza una conexión consciente.

Es importante relacionar los sucesos familiares que aparecen en el Genograma con el contexto social, económico y político en el cual ocurren. Un suceso que tiene gran impacto sobre una familia es la emigración. Una familia que emigra en medio de los años en que la madre se dedica a tener hijos puede tener dos grupos diferentes de hijos: aquellos que nacieron antes y los que nacen después de la emigración.

Otro problema para la familia es la muerte porque siempre afecta, en mayor o menor medida, a los que continúan viviendo, y por ello cobra mayor importancia la forma en que se muere, y sobre todo si esa muerte es por suicidio, violenta e inesperada en la mayoría de las veces. Al respecto, se ha señalado "la persona que se suicida pone su esqueleto psicológico en el armario emocional de los sobrevivientes que tienen que tratar con sentimientos negativos, pensamientos sobre su posible participación en el suicidio o lo que dejaron de hacer para evitarlo". (Perez, Barrero, 2010)¶5 Párrafo



Las ideaciones suicidas o el suicidio mismo genera culpabilidad, hostilidad y estigmatización en las familias. Por tanto, al enfrentar a la familia de los miembros suicidas, lo primero es:

- Tener en cuenta el grado de shock y qué recursos inmediatos están a la disposición de la familia para su apoyo emocional.
- Detectar los sentimientos de culpa y responsabilidad por lo ocurrido.
- Detectar posibles pensamientos suicidas, amenazas y otras conductas afines entre los familiares del occiso.
- Ayudar a la familia a reconocer que el suicidio estuvo relacionado con la posible enfermedad del individuo y no con una falla de ellos, pues está comprobado que los familiares de los suicidas están en peligro de tener un comportamiento similar por diversos mecanismos, entre los que la imitación desempeña su papel.

b) Suicidios disimulados, suicidios coactivos, suicidios falsos.

Ciertos melancólicos, lúcidos y dueños de sí, preparan su desaparición con habilidad y presentación adecuadas para hacer sospechar una muerte natural o un atentado (accidentes ficticios de caza, por ejemplo): esto es el suicidio disimulado. También hay desequilibrados, mitómanos que hacen gran ostentación de una tentativa de suicidio para impresionar a sus relaciones e imponer sus caprichos. Hay que determinar con precisión el grado de sinceridad en no pocos intentos de suicidio (ingestión de Luminal). En el origen puede haber despecho, viva contrariedad, una decepción sentimental, pero los interesados toman ciertas precauciones (cálculo de tiempo o de lugar) para que se produzca a tiempo una intervención salvadora. Es lo que se ha llamado a veces suicidio coactivo o chantaje por amenaza de suicidio. Sin embargo,



cualquiera que sea el grado de sinceridad (sobre el que puede ser muy difícil emitir un juicio categórico), la tentativa de suicidio es siempre una llamada, que ante todo hay que saber oír e interpretar.

También se ha hecho mención del suicidio por venganza en ciertos individuos desgraciados o melancólicos que se dan la muerte y pretenden que la responsabilidad y el remordimiento pesen sobre aquellos a quienes tienen por causa de su desventura. Finalmente, algunas personas que quieren evadirse de su vida actual para empezar otra en distinto lugar (mujeres infieles, estafadores), tratan de disfrazar su desaparición y presentada como suicidio, a cuyo fin escriben cartas de despedida en las que expresan su intención de quitarse la vida.

c) Suicidio colectivo o ampliado.

Ya hemos hablado del suicidio colectivo, que no es insólito en la melancolía de ciertos delirios crónicos. Comúnmente, son los hijos de melancólicos los que sucumben a una muerte injustificada. Puede ocurrir (suicidio con gas o con carbón vegetal) que los niños, más frágiles, pierdan la vida, y se logre reanimar en cambio al autor del drama.

Esto plantea delicados problemas médico-legales, pues el superviviente puede ser inculpado y hasta encarcelado por homicidio voluntario, lo cual no es muy apropiado para mejorar su disposición melancólica.

d) En diferentes épocas se han señalado epidemias de suicidio en distintos lugares y en circunstancias diversas. Algunas grandes catástrofes, ruinas nacionales o desastres han inspirado a numerosas personas la voluntad de no sobrevivir a la derrota o al deshonor. Más bien que de psicosis colectiva, procede referirse en este caso a una participación común en determinada decepción ideológica o patriótica.



e) Suicidios de niños. Aunque no muy frecuentes, se observan algunas veces. LE MOAL, que ha hecho un estudio especial de ellos, ha presentado estadísticas que demuestran que en Francia no llegan a un centenar por año. Este autor ha observado que el muchacho tiene predilección por la soga, y la niña por el agua. Los suicidios infantiles suelen producirse a continuación de una reprimenda o un conflicto familiar. Tales reacciones traducen perturbaciones afectivas profundas o tendencias depresivas constitucionales. LE MOAL insiste en la frecuencia del chantaje en el suicidio de los jóvenes: utilitario en el perverso y el verdugo doméstico, afectivo en el mitómano y el pitiático, impulsivo en el colérico. En estos casos hay que tener en cuenta, por una parte, el ambiente, y por otra, la estructura caracterológica del niño.

f) Suicidio del síndrome de carencia de autoridad.

Este síndrome no se observa apenas antes de los 11 ó 12 años, pero sobreviene o se repite con frecuencia hasta la edad adulta. A veces es una intimidación (chantaje) espectacular, y otras, una simple consideración teórica de la «solución» mediante suicidio; pero, generalmente, se trata de un acto impulsivo exento de reflexión, que comprende al menos un riesgo serio de «logro». En todos los casos es notable por la futilidad (que el suicida no reconoce, por lo demás) de sus motivaciones que a menudo se reducen a una decepción mínima a una simple contrariedad. Es que estos sujetos no tienen ya noción del valor de una vida humana, ni tampoco del arrojo y la continuidad en el esfuerzo que exclusivamente permiten vencer los obstáculos.

Además de las condiciones educativas particulares se encuentran aquí los rasgos específicos del síndrome de carencia de autoridad.



1.2 El suicidio en el Ecuador

La tasa de mortalidad por suicidio en Ecuador se ha ido incrementando de esta forma (Pinos & Morocho, ABRIL 2009, pág. 55):

- 1971: 2.3/100.000 habitantes
- 1978: 2.4/100.000 habitantes
- 1982: 4.63/100.000 habitantes
- 1986: 4.57/100.000 habitantes

Según el Informe Mundial sobre Violencia y salud indica que la tasa de 1996 es de 5.5/100.000. Podemos comparar estas tasas con las que refiere Colombia (5.5/100.000), Chile 6.1 y Brasil 4.7. En tanto que los países ex - integrantes de la Unión Soviética mantienen tasas alrededor de 25 a 32/100.000.

“En Ecuador, el fenómeno ha ido en aumento, según reportes estadísticos de la Policía Nacional y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Mientras en 1995, la tasa de suicidios era de 4,8% en un total de 100.000 personas, en el año 2000 se reportó la mayor emigración de ciudadanos, con la salida de 148.367 personas. Un estudio realizado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), indica que las provincias con la tasa más alta de suicidios son Azuay, Cañar, Carchi, Imbabura, Pichincha y Morona Santiago. Precisamente Azuay, Cañar y Pichincha son poblaciones donde se registra una alta migración en relación a otras provincias. Las estadísticas muestran que diciembre es el mes con más suicidios por depresión, sobre todo en muchos pacientes con trastorno bipolar, que es un estado de ánimo caracterizado por la presencia de manifestaciones extremas de ánimo: la depresión y la manía. Dos tercios de los pacientes deprimidos exhiben ideas suicidas, 10% - 15% de los pacientes deprimidos se suicidan.” (Cuenca, más intentos de suicidio, 2007)¶7 Párrafo



1.3 El suicidio en Cuenca

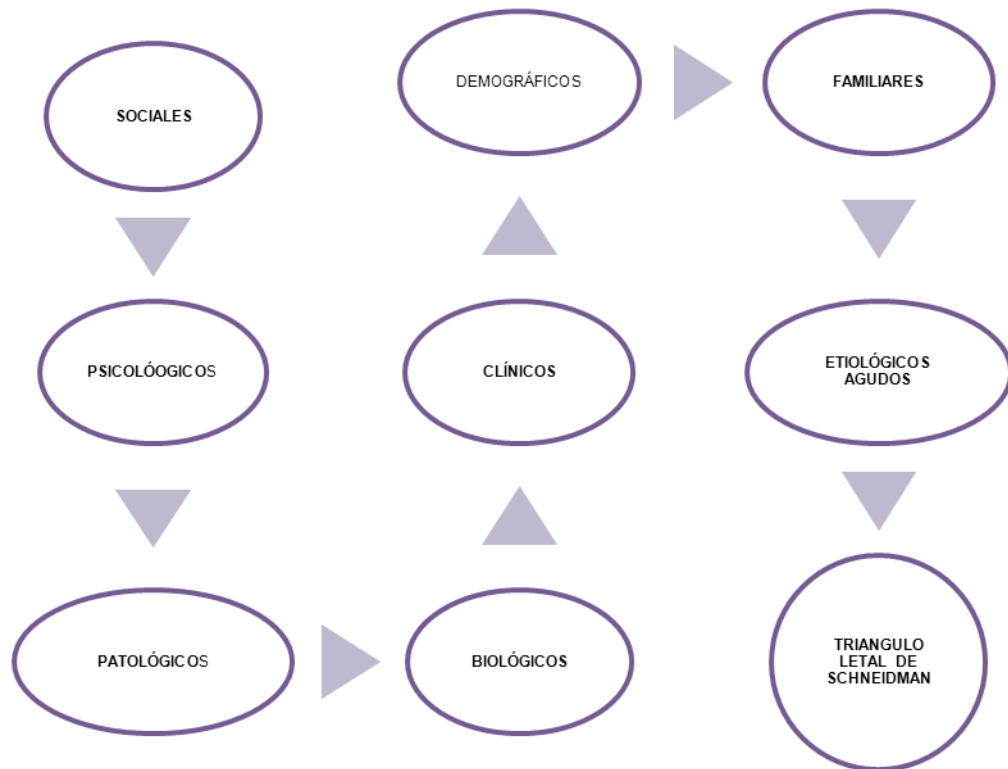
En Cuenca, se puede notar que entre las principales causas del suicidio están la ruptura de la familia debido a la migración; la violencia intrafamiliar expresada en maltratos físico, psicológico y sexual; y la depresión. El índice de suicidio en la provincia del Azuay ha aumentado entre los años 1.994 (una tasa de 8/100.000 habitantes) y 2008 como así lo demuestran las últimas estadísticas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Los casos se registran principalmente en el rango de 15 a 35 años de edad, pero se dan en todos los estratos sociales y económicos. En el CRA, durante el año 2005 se revisaron 213 historias clínicas de los adolescentes entre 14 y 21 años ingresados en los servicios de Psiquiatría general y Adicciones, (2000 – 2005), donde se pudo notar que el 21,5% de los adolescentes ingresados al CRA han tenido intento o ideación suicida. (Cuenca, más intentos de suicidio, 2007)¶9 Párrafo

El porcentaje más alto se encuentra entre las edades de 16 y 19 años y en varones es mayor con el 4%, en los dos últimos años el número de intentos se ha duplicado. El 32,8 % son consumidores de alcohol y drogas y el 31.9% está relacionado con trastornos afectivos en su mayoría depresivos (Ortega, 2007)

En otra investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso se observó que las personas que más intentan suicidarse son mujeres con 51% de la población y en los hombres con un 49% comprendido entre edades de 16 a 35 años procedentes de la zona rural con un 46% y de la zona urbana con un 38%.



1.4 Factores desencadenantes que inducen a la ideación y/o intento de suicidio (Montoya, Carrasquillo, 2008, pág. 134)



a) Sociales.- El estilo de vida moderna, cultura “light”, falta de autoridad, manipulación fácil, falta de valores y referencias disolución familiar, sexualidad deshumanizada, alto grado de agresividad.

b) Psicológicos.- Personalidad impulsiva y con baja tolerancia al fracaso, dependientes y con expectativas excesivamente ambiciosas o irreales.

c) Patológicos.- Trastornos del ánimo (depresión, enfermedad bipolar, distimia), trastornos psicóticos, obsesivo-compulsivos, trastorno límite.

d) Biológicos.- Trastorno cerebral neuroquímico.

e) Clínicos.- Enfermedad terminal, cirugía reciente sin éxito, dolor no controlado, tumores (especialmente craneales), deformaciones (especialmente faciales), amputaciones graves e invalidantes.



f) Demográficos.- Edad (mayor riesgo en los mayores de 65 años; 70% de los intentos en menores de 40 años), Sexo (más frecuente en mujeres pero más efectivo en hombres), estado civil (puede ser frecuente en solteros, viudos o separados), ocupación (en desempleados o trabajos de mucha responsabilidad y estrés), razas (más frecuente en raza blanca), grupos sociales (en países más desarrollados), religión (una vida espiritual sana y consecuente parece ser un factor protector), período del año (primavera y otoño y los días lunes)

g) Familiares.- Mayor riesgo cuando hay antecedentes por posible contaminación psicológica y/o historia de enfermedad psiquiátrica (Trastorno Afectivo Bipolar), se destacan mala comunicación, alcoholismo, lazos familiares rotos. En la infancia, como es lógico suponer, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio familiar. Por lo general, el clima emocional familiar es caótico, pues no hay un adecuado funcionamiento de sus integrantes y no se respetan los roles ni las fronteras de sus respectivos miembros. Los padres, cuando conviven juntos se enrolan en constantes querellas, llegando a la violencia física entre ellos o dirigiéndolas a los integrantes más vulnerables, en este caso los más jóvenes, niños y niñas y los más viejos, ancianos y ancianas.

Los motivos que pueden desencadenar una crisis suicida son variados y no específicos, pues también se presentan en otras personas que nunca intentarán contra su vida. Entre los más frecuentes se encuentran:

1. Presenciar acontecimientos dolorosos como el divorcio de los padres, la muerte de seres queridos, de figuras significativas, el abandono, etc.



2. Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomine el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.
3. Problemas escolares, sea por dificultades del aprendizaje o disciplinarios.
4. Llamadas de atención de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado.
5. Búsqueda de atención al no ser escuchadas las peticiones de ayuda en otras formas expresivas.
6. Para agredir a otros con los que se mantienen relaciones disfuncionales, generalmente las madres y los padres.
7. Para reunirse con un ser querido recientemente fallecido y que constituía el principal soporte emocional del niño o la niña.

h) Etiológicos agudos.- Depresión grave, desesperación, pérdida significativa (muerte, separación, crisis económica, etc.), interrupción de medicación, intoxicación por alcohol o drogas.

i) Triángulo letal de Schneidman.- Síntomas característicos que acompañan a la persona cuando está a punto de cometer suicidio:

- a. Baja autoestima
- b. Agitación extrema en la cual la persona se encuentra muy tensionada y no discierne claramente; las decisiones intelectuales se transforman en decisiones impulsivas de orden afectivo.
- c. “Visión en túnel” (“no se ve otra cosa que la muerte como salida”) o limitación en las posibilidades intelectuales que determinan que el



sujeto no puede discernir serenamente más allá de la situación inmediata.

1.4.1 Factores de riesgo

Entre los principales factores de riesgo de suicidio tenemos: (Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009)¶10

Párrafo

- ✓ Depresión mayor.
- ✓ Presencia de otros trastornos comórbidos.
- ✓ Intento de suicidio previo.
- ✓ Edad adolescente.
- ✓ Sexo masculino.
- ✓ Factores psicológicos (desesperanza, rigidez cognitiva,...).
- ✓ Factores genéticos y biológicos.
- ✓ Antecedentes psiquiátricos y suicidio en la familia.
- ✓ Sucesos vitales estresantes.
- ✓ Exposición (casos cercanos o medios de comunicación).
- ✓ Dificultades con el grupo de iguales y pareja.
- ✓ Maltrato físico y abuso sexual.
- ✓ Acoso por parte de iguales o bullying.

1.4.2 Factores precipitantes o medioambientales

Se ha visto que determinados factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida:

- Los acontecimientos vitales estresantes: La mayoría de los que cometen suicidio han experimentado acontecimientos estresantes en los 3 meses previos al suicidio, tales como:
 - Problemas interpersonales: Riñas entre cónyuges, con los padres, familia, amigos, amantes;
 - Rechazo: Separación de la familia y amigos, humillaciones;



- Pérdidas: Financieras, seres queridos, académicos;
- Factores psicológicos: Personales.
- Problemas laborales y financieros: Pérdida del trabajo, retiro, dificultades financieras.
- Cambios en la sociedad: Rápidos cambios políticos y económicos;
- Otros acontecimientos estresantes: Vergüenza y el temor a ser encontrado culpable. (Pinos & Morocho, ABRIL 2009, pág. 56)

De todas formas, estos factores precipitantes podrían cambiar con la edad; así, en niños preadolescentes las malas relaciones familiares son un factor precipitante común, y en adolescentes los conflictos con el grupo de iguales.

1.5 Factores protectores del comportamiento suicida

Un aspecto poco conocido pero de gran interés puesto que nos permitirá elaborar proyectos preventivos, es el conocimiento de los factores protectores del suicidio tanto para adolescentes como para adultos. Diversos estudios han destacado lo siguiente:

1.5.1 Factores personales

- 1) Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la comunidad de forma positiva y tener criterio de pertenencia. Logrando una auténtica identidad cultural.
- 2) Desarrollar resiliencia, que es la inteligencia y habilidad para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas en las que salga triunfador; destacar sus éxitos y sacar experiencias positivas de los fracasos.
- 3) Tener capacidad de autocontrol sobre su propio “destino”. Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia,



perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad, aprendiendo a renunciar cuando sea necesario.

- 4) Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a los padres, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote, etc.
- 5) Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio. Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- 6) Emplear adecuadamente y sanamente el tiempo libre, evitando el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, fármacos, etc.)
- 7) Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
- 8) Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

1.5.2 Factores medioambientales

El contar con un adecuado apoyo y soporte de la familia, amistades, situación económica estable, ocupación estimulante, prestigio social, etc. Son factores que protegen al individuo. Este tema invitaría a hacer un discurso sobre los sistemas sociales inequitativos e injustos, pero la evidencia científica existente hasta ahora no muestra diferencias claras entre los diferentes sistemas políticos y económicos. (Pinos & Morocho, ABRIL 2009, pág. 57 y 58)



1.6 El impacto psicológico en la familia cuando uno de sus miembros fallece a consecuencia del suicidio.

La familia presenta un gran desequilibrio interno cuando aparece una enfermedad o la muerte por suicidio de uno de sus miembros. La armonía y el orden familiar se alteran irremediabilmente, cada una de sus partes se afecta y deben acomodarse en forma antes desconocida para mantener el equilibrio ante esta nueva realidad del suicidio. Cuando aparece la muerte, cada miembro es diferente de lo que era cuando aquel estaba vivo. La familia entera o alguno de sus miembros pueden llegar a ser mejores luego de enfrentar el sufrimiento, de reconocer la necesidad que tienen unos de otros y el valor emocional del apoyo y la compañía en los momentos adversos. Pero, en otros casos, la familia queda irremediabilmente herida como consecuencia de un proceso agobiante, que se vivió como destructivo. Ante todo esto y en términos generales, las familias se ven sometidas a cuatro tipos de problemas: (Acero, Rodriguez, 2008, pág. 63)

✓ Desorganización	<ul style="list-style-type: none">• Los recursos adaptativos para afrontar situaciones difíciles que antes habían sido exitosos se quebranta.• La preservación de las rutinas saludables y de las funciones de cada cual puede hacerse imposible por el estrés que genera las circunstancias.
✓ Ansiedad	<ul style="list-style-type: none">• Que puede expresarse en conductas hiperactivas, irritabilidad, intolerancia de unos a otros y rupturas o alteraciones en la comunicación, que ocasionalmente se manifiestan en gritos e interrupciones o ignorando y descalificando lo que el otro dice.
✓ Labilidad o Fragilidad Emocional	<ul style="list-style-type: none">• Que es una reacción oscilante y superficial cuando la capacidad de contener, frenar y organizar las respuestas afectivas se muestra insuficiente. Conflictos



	<p>previos no bien resueltos y adormecidos pueden despertarse.</p> <p>Rabia, dolor intenso, agrios desacuerdos en cuanto a las decisiones que se tomen, problemas de liderazgo, culpas, recriminaciones y temores salen a la superficie y amenazan acabar con un ambiente que previamente era equilibrado, “o en orden” y apacible.</p>
<p>✓ Tendencia a la Introversión</p>	<ul style="list-style-type: none">• El suicidio es una poderosa fuerza centrípeta que ejerce un efecto de muralla en la familia. Para defenderse del desorden y el caos que genera la muerte, aparecen nuevas normas, y quien no las cumpla atenta contra el precario equilibrio del núcleo familiar y es “expulsado” de él.

1.7 Los duelos complicados

Durante nuestra vida nos enfrentamos a muchas clases de pérdidas. La muerte de un ser querido puede hacernos sentir la tristeza más profunda que podamos conocer como seres humanos. Pero igualmente difícil de sobrellevar pueden ser un divorcio, el final de una relación íntima, el alejamiento de aquellos a los que amamos, el partir del país donde hemos nacido, la pérdida de nuestro empleo, de algunas facultades debido a un accidente o enfermedad, así como la pérdida de nuestras posesiones o nuestro estatus. Todas estas situaciones tienen un elemento común, y es que siempre significan una pérdida. Para acomodarnos a la nueva situación, atravesamos por un proceso de duelo. Aunque desde la psicología se lo haya estudiado y descrito detalladamente en sus fases y vivencias, esto nunca se produce de una manera lineal. Al contrario, el proceso de



duelo es sinuoso, con altibajos, conllevando una significativa dificultad en el plano emocional, físico, mental y espiritual.

No siempre que se produce una muerte o una pérdida significativa se necesita una ayuda exterior. Si la persona cuenta con la posibilidad de ser escuchada y atendida, con una red social que la sostenga y la ayude a reacomodar su vida, podrá, con el tiempo, realizar el proceso de duelo, con sufrimiento, pero de una manera satisfactoria. Actualmente algunas dinámicas familiares ya no nos pueden brindar el apoyo que brindaban antaño. Esto, sumado a la alta movilidad geográfica que conocemos hoy en día, puede hacer que muchas personas se sientan muy solas y perdidas al enfrentarse a un duelo. En los casos en los que los duelos son más difíciles de lo habitual es aconsejable contar con la ayuda de un profesional que enseñe nuevas caras de la situación y nos demuestre cómo es posible crecer a través del duelo. (Duelos Complicados, 2010)¶8 Párrafo

Un duelo complicado es, como la palabra lo dice, más difícil, tormentoso, angustiante o pesado, y es calificado en varios tipos: Ausente o retardado, inhibido, prolongado o crónico, ambiguo o imposible, no resuelto, intensificado y distorsionado. La variedad enmascarada es más un tipo de aflicción de alto riesgo que una pena complicada en sí.

Entre los factores de riesgo de duelo complicado están:

1. **Edad extrema (niños y ancianos).**- Las características de aflicción en estas edades son diferentes a las de otros grupos etáreos.
2. **Igual edad del difunto a la de otra persona significativa muerta en el pasado.**- Esta coincidencia cronológica de las dos pérdidas hace que la recuperación sea más difícil.
3. **Pérdidas múltiples o acumuladas.**- La presencia de varias pérdidas en distintos momentos de un mismo duelo (mientras la persona intenta recuperarse de una, viene la otra, y así) o su concurrencia múltiple (varios



seres u objetos queridos perdidos al mismo tiempo) hacen que el proceso sea tremendamente difícil.

4. **Crisis concurrentes.**- El hecho de que otro u otros problemas importantes que resolver coincidan con la pérdida actual (Por ejemplo: Enfermedad en el deudo principal, obligaciones múltiples, crianza de los hijos, economía familiar, situación socio-económica conflictiva, etc.), puede hacer que la persona se vea en la necesidad de aplazar el duelo para otro momento, pues su sola presencia puede tener tal prioridad que ella no pueda ocuparse en ese momento de su aflicción.

5. **Enfermedad física o psiquiátrica previa o actual.**- Toda enfermedad crónica previa o aguda grave establece ya un factor de riesgo de complicaciones durante el duelo.

6. **Duelo no resuelto de pérdida previa.**- Si la persona se encuentra recuperándose de una pérdida en particular, y se le añade otra (cualquiera que sea), el proceso puede bloquearse, tornarse más lento o no darse sin ayuda adecuada.

7. **Pobres o ausentes sistemas de apoyo emocional y social.**- Para recuperarse de las pérdidas, los seres humanos acuden a dos fuentes importantes de ayuda: La interna (Por ejemplo, de la personalidad, la experiencia, la edad) y la externa (las que vienen de otros, sean o no familiares). La persona puede optar por hacerlo sólo con los recursos propios, utilizando muy poco o nada los externos, o viceversa, u optar por emplearles por igual. Los mejores resultados se alcanzan cuando se acude a las dos fuentes, sacándoles el máximo provecho.



8. **Relación altamente ambivalente o dependiente con el difunto.**- Cuando el vínculo que unía al sobreviviente con la persona fallecida fue muy ambivalente, con una mezcla de sentimientos de amor y rechazo (por ejemplo, cuando el difunto era alcohólico o muy agresivo), o se trataba de una relación altamente dependiente (el otro era quien hacía o decidía todo), el trabajo de recuperación puede llegar a ser más difícil.
9. **Muerte repentina e imprevista, incluyendo suicidio.**- Debido a que este tipo de circunstancias producen una reacción inicial muy intensa, el proceso de recuperación puede complicarse.

Casi 750.000 personas al año elaboran el suicidio de un miembro de la familia o de un ser querido, y se quedan no sólo con la sensación de pérdida, sino también con el legado de la vergüenza, el miedo, el rechazo, el enfado y la culpa. Edwin Shneidman, considerado como el padre del movimiento de prevención de suicidios en Estados Unidos, dijo: “Creo que la persona que se suicida deposita todos sus secretos en el corazón del superviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y, es más, a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel, real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo. Puede ser una carga muy pesada” Richard McGee, director del centro de prevención de suicidios en Florida, cree que “...El suicidio es la crisis de duelo más difícil que ha de afrontar y resolver cualquier familia” (Worden, 1991, pág. 131)



- 10. Aquellos que pueden estar disuadidos de expresar su congoja (dolor) o no tienen oportunidad de hacerlo.-** Este tipo de comportamiento en el entorno es, desafortunadamente, muy frecuente: Los duelos son animados a no expresar su dolor. Algunos de los comentarios más comunes que buscan que la persona no llore son: “se va a enfermar”, “la vida debe seguir”. “no lo deja ir”, no lo deja descansar”, “usted no tiene remordimientos”, “pone mal a los demás”, “¿Quiere que le pegue para que llore por algo de verdad? (en caso de los niños)”, ¿Por qué se siente así si él o ella ya no está sufriendo?”; finalmente, y ante la ineficacia de estos comentarios (pues las lágrimas siguen corriendo), el acompañante opta por irse y deja al deudo con su dolor. Esta actitud solo lleva a complicar más el proceso de soledad, obligando a ésta a dejar de lado el valioso recurso externo que constituye su entorno afectivo.
- 11. Aflicción aguda inusualmente intensa.-** Si la respuesta inicial es muy intensa, tanto como para requerir un servicio médico o psicológico de urgencia (se incluye angustia o ansiedad aguda con o sin pánico), el proceso de recuperación puede verse afectado.
- 12. Una incierta o no – visualización de la pérdida.-** Esta circunstancia puede llevar a que el proceso de recuperación no se inicie o se aplace pues no hay evidencia tangible que corrobore la realidad de lo sucedido. Se presenta cuando no se ve el cuerpo muerto ya sea por deseo expreso o en casos de ahogamiento, guerra, atentados terroristas, etc.
- 13. Pérdida social inaceptable (relación homo/heterosexual que era secreta, muerte por asesinato, suicidio, SIDA, etc.) o que es socialmente negada (aborto, homicidio piadoso, etc.)-** Debido a las características especiales de la muerte (estigma, rechazo social,



incomprensión, ilegalidad), este tipo de fallecimiento pueden llevar a complicaciones serias en el duelo.

- 14. Negación intelectual/emocional de la pérdida.-** Esta reacción suele ser muy problemática (se incluye la momificación o conservación de las cosas y del cuerpo como si la persona estuviera aun viva, más allá de las tres primeras fases del duelo) y la mayor parte de las veces exige consulta especializada.
- 15. Enfermedad terminal de larga evolución.-** Un cuidado tan prolongado puede cansar demasiado al deudo y agotar sus energías, reduciendo la disponibilidad de esta para invertir en el proceso del duelo.
- 16. Síntomas depresivos de diverso grado de intensidad desde el inicio del duelo.-** Esta reacción es ya, de por sí, una complicación del proceso de volver a vivir tras la muerte.
- 17. Personalidad Pre-mórbida.-** Todo trastorno de personalidad previo (sujetos cuyas formas de ser no parecen extrañas y/o conflictivas) puede complicar de forma grave el trabajo del duelo.

Algunos de los principales eventos que pueden convertirse en obstáculos para solucionar el duelo son la falta de empleo, la familia (a la cual se le debe involucrar e informar en duelo), a economía familiar, los vecinos, la sociedad (la cultura y sus mitos), la indiferencia, las múltiples tareas, el resentimiento (la ira, el rencor), mala salud, la intolerancia, la impotencia persistente, el carácter, los asuntos pendientes, otras crisis concurrentes y las expectativas muy altas o poco realistas.

Las referencias del deudo a todo lo que no sea su dolor van desapareciendo progresivamente de su discurso, de su expresión, de su ideación, hasta llegar a ser el dolor lo único de lo que puede ocuparse o hablar. Así, duelo que no se habla es duelo que no se cura. (Montoya, Carrasquilla, 2008, pág. 101)



El duelo patológico

El duelo patológico o anormal puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o con síntomas claramente psicóticos. Tienen mayor riesgo de sufrir un duelo patológico los que experimentan una pérdida repentina o en circunstancias catastróficas, los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables de la muerte (ya sea real o imaginaria su responsabilidad), los que tienen historia de pérdidas traumáticas y los que mantenían una relación de intensa ambivalencia o dependencia con el fallecido.

Otras formas anormales de duelo se producen cuando algunos aspectos del duelo normal se distorsionan o magnifican hasta alcanzar proporciones psicóticas. Por ejemplo, identificarse con el fallecido adoptando alguno de sus rasgos o atesorando sus pertenencias puede ser considerado normal; pero creer que uno mismo es el fallecido o estar seguro de que se está muriendo de lo mismo de lo que murió el difunto no lo es. Oír la voz efímera y momentánea del fallecido puede ser normal; no obstante las alucinaciones auditivas complejas y persistentes no son normales. La negación de ciertos aspectos de la muerte es normal; sin embargo, la negación que implica la certeza de que la persona muerta sigue viva, no lo es. (Flores, 2010)¶12 Párrafo



Resumen

Como pudimos observar, este capítulo estuvo destinado a hablar sobre el suicidio y sus principales factores para poder conocer la realidad a la cual nos estamos enfrentando en nuestra ciudad y con las familias. El suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria, y un sujeto con ideación suicida sería aquel que de manera importante piense, desee o plantee cometer un suicidio.

En Cuenca, se puede notar que entre las principales causas del suicidio están la ruptura de la familia debido a la migración; la violencia intrafamiliar expresada en maltratos físico, psicológico y sexual; y la depresión. Estas personas tienen unas características comunes que conforman en conjunto una manera de pensar diferente, una lógica suicida. Las personas se encuentran bajo la urgente presión de acabar con la vivencia insoportable del dolor psicológico que sienten, casi siempre debido a la frustración de alguna de sus necesidades psicológicas. Tal angustia se acompaña, además, de sentimientos negativos, como la desesperanza, la impotencia y el desamparo.

Pero como característica fundamental de la situación suicida destaca fundamentalmente la crisis, es decir, que la persona suicida es la que se encuentra generalmente en medio de una crisis. Las familias dejan pasar por alto estas crisis provocando en el miembro identificado un sentimiento de abandono y rechazo. Es por ello que en el siguiente capítulo se hablará a cerca de la crisis y como ésta se relaciona con aquellas familias con miembros suicidas que se encuentran vulnerables.



CAPITULO II

LA FAMILIA DEL SUICIDA Y SU IMPORTANCIA DESDE LO SISTÉMICO





2.1 La familia

Para Salvador Minuchin, la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una Familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan al sistema.

Las pautas transaccionales regulan las conductas de los miembros de la familia y son mantenidas por dos sistemas de coacción:

- 1) **Genérico:** Implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar.
- 2) **Idiosincrático:** Implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Las diadas, como la de marido y mujer o madre/padre – hijo, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. (Biscotti, 2011)

El crecimiento de una familia se produce por la relación de sus miembros entre sí y con otros sistemas ajenos a ella, en una cadena sin fin de informaciones y retroalimentaciones.

Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos, uno interno y el otro externo:

- a) La protección psico-social de sus miembros (interno)
- b) La acomodación y transmisión de una cultura (externo)

La familia, como sistema, opera a través de pautas transaccionales, las cuales al repetirse establecen la manera, de él cuándo y el con quién relacionarse, reforzando así el sistema. De este modo, el sistema se mantiene ofreciendo



resistencia a todo cambio, más allá de cierto nivel, con el fin de conservar las pautas, preferidas tanto tiempo cuanto le es posible. Toda desviación que se aleje del umbral de tolerancia del sistema suscita una serie de mecanismos homeostáticos que restablecen el nivel habitual. Aparecen, por tanto "requerimientos de lealtad familiar y maniobras de culpabilidad".

Sin embargo, la familia debe responder a cambios internos y externos para poder encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad. Por eso una familia se transforma con el correr del tiempo adaptándose y reestructurándose para poder seguir funcionando.

La familia posee una complejidad y originalidad propia, con unas peculiaridades que no son equiparables a las de sus miembros, considerados aisladamente ("el todo es más que la suma de las partes"). Cualquier cambio en un elemento influye en todos los demás y el todo volverá a influir en los elementos haciendo que el sistema se torne diferente (totalidad). Se rige por reglas que sólo tienen validez y sentido en su seno (identidad). Vive de las interrelaciones entre sus miembros, consideradas como circulares. La causalidad circular, diferente de la lineal, incide en la observación y comprensión de las relaciones presentes entre los miembros de una familia.

Se autorregula con la compensación de los fenómenos contrarios: homeostasis y cambio. Quiere esto decir que las realimentaciones pueden ser negativas o positivas. Las primeras anulan o atenúan el impulso al cambio, favoreciendo la homeostasis. Las segundas amplían y refuerzan los estímulos para cambiar, favoreciendo el crecimiento y la transformación (morfogénesis).

Posee un orden jerárquico que permite la viabilidad del grupo, mediante sus propias funciones y estructura, gobernadas en último término por el principio de equifinalidad. (Cibanal, Estructura Familiar, 2008)¶7 Párrafo



Para otros autores como Carlos Sluzki define la FAMILIA como un conjunto en interacción, organizado de manera estable y, estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propios que le otorgan singularidad; un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen.

Hall, Fagen, Mara Selvini, etc., coinciden en afirmar que la familia es un sistema abierto, compuesto de elementos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución.

2.2 Las familias vulnerables

La investigación de ésta tesis va a permitir un análisis rico y complejo de la situación de las familias con miembros suicidas, teniendo en cuenta no sólo sus factores de riesgo, sino otras dimensiones psicológicas; y observando las necesidades puntuales, y los factores estructurales causantes. Con todo esto, será factible centrarse en los más vulnerables y que éstos se ajusten específicamente a las causas particulares de su vulnerabilidad. Al conocer ésta realidad pues permitirá encontrar la información necesaria para la elaboración de la prevención y capacitación de las familias con miembros suicidas. Así, se podrá reducir la vulnerabilidad y reforzar las capacidades de las personas, familias y comunidades. Una buena estrategia para superar la vulnerabilidad sería mediante las estrategias de afrontamiento familiares frente a la crisis, una de ellas sería el apoyo familiar hacia el miembro identificado.

La vulnerabilidad es el nivel de riesgo que afronta una familia o individuo a perder la vida, sus bienes y propiedades, y su sistema de sustento (esto es, su medio de vida) ante una posible catástrofe. Dicho nivel guarda también



correspondencia con el grado de dificultad para recuperarse después de tal catástrofe (Pérez de Armiño, 1999).

Añadiendo algunos elementos más a esa idea básica, Chambers (1989) la define como “la exposición a contingencias y tensión, y la dificultad para afrontarlas. La vulnerabilidad tiene por tanto dos partes: una parte externa, de los riesgos, convulsiones y presión a la cual está sujeto un individuo o familia; y una parte interna, que es la indefensión, esto es, una falta de medios para afrontar la situación sin pérdidas perjudiciales.”

La vulnerabilidad contempla así tres tipos de riesgos: el riesgo de exposición a las crisis o convulsiones; el riesgo de una falta de capacidad para afrontarlas; y el riesgo de sufrir consecuencias graves a causa de ellas, así como de una recuperación lenta o limitada.

También es importante matizar que la vulnerabilidad de una familia no es lo mismo que sus *necesidades*: éstas tienen un carácter inmediato, mientras que aquélla viene marcada también por factores de más largo plazo, muchos de ellos estructurales. En este sentido, la ayuda de emergencia tradicional frecuentemente se limita a satisfacer las necesidades básicas para la supervivencia, pero apenas incide en los factores que causan la vulnerabilidad. Sin embargo, toda intervención que aspire no sólo al alivio puntual sino a sentar bases de desarrollo futuro debe orientarse a no sólo a satisfacer necesidades sino a reducir la vulnerabilidad. (Perez, De Armiño, 2006)¶10 Párrafo

2.3 Categorías sistémicas de familias con antecedentes suicidas

2.3.1 La psicopatología de los progenitores:

Un factor de riesgo suicida de importancia en la niñez es la presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores. Aunque no está demostrado que



el suicidio esté determinado genéticamente, es un hecho que el suicidio puede ser imitado, principalmente por las generaciones más jóvenes, lo cual ha dado origen al término “Efecto Werther”, por los suicidios ocurridos entre los jóvenes que habían leído la novela de Goethe Las penas del joven Werther, cuyo protagonista termina su vida por suicidio con arma de fuego. En ocasiones este proceso no es plenamente consciente y el suicidio se produce por un mecanismo de identificación, proceso mediante el cual se incorporan a la personalidad algunos rasgos de la personalidad o formas de ser del sujeto identificado.

Otras veces lo que se transmite es la predisposición genética, no para el suicidio, sino más bien para alguna de las enfermedades en las que este síntoma es frecuente. Entre estas enfermedades se encuentran las depresiones y las esquizofrenias en cualquiera de sus formas clínicas. Ambos trastornos están descritos como uno de los principales factores de riesgo suicida en la adolescencia. (Pérez, Barrero, 2010)¶5 Párrafo

2.3.2 Estructura o funcionamiento familiar:

Vivir apartado de los dos padres se ha asociado con incremento de la prevalencia del fenómeno suicida; sin embargo, no se encontró asociación con la muerte de uno o ambos padres. Algunos estudios han sugerido que las mujeres son menos reactivas a factores estresantes familiares que los varones y también se han relacionado bajos niveles de comunicación padres hijos con ideación y conducta suicida.

La familia posee una complejidad y originalidad propia, con unas peculiaridades que no son equiparables a las de sus miembros, considerados aisladamente (“el todo es más que la suma de las partes”). Cualquier cambio en un elemento influye en todos los demás y el todo volverá a influir en los elementos haciendo que el sistema se torne diferente (totalidad). Se rige por reglas que sólo tienen validez y



sentido en su seno (identidad). Vive de las interrelaciones entre sus miembros consideradas como circulares. La causalidad circular, diferente de la lineal, inciden en la observación y comprensión de las relaciones presentes entre los miembros de una familia. Se autorregula con la compensación de los fenómenos contrarios: Homeostasis y cambio. Quiere esto decir que las realimentaciones pueden ser negativas o positivas. Las primeras anulan o atenúan el impulso al cambio, favoreciendo la homeostasis. Las segundas amplían y refuerzan los estímulos para cambiar, favoreciendo el crecimiento y la transformación (morfogénesis). Posee un orden jerárquico que permite la viabilidad del grupo, mediante sus propias funciones y estructura, gobernadas en último término por el principio de equifinalidad. (Cibanal, Estructura Familiar, 2008)¶5 Párrafo

Éste tema será ampliado en el capítulo 3 de este trabajo de investigación.

2.3.3 Acontecimientos vitales estresantes:

Se han relacionado con ideación y conducta suicida. Los adolescentes con patología perciben ciertas situaciones como más estresantes de lo normal y a su vez, la presencia de sucesos estresantes puede ser el resultado de una conducta desadaptativa.

Factores precipitantes

Se ha visto que determinados factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida:

1. – Los acontecimientos vitales estresantes, a menudo preceden a un suicidio y/o intento suicidio. Es poco frecuente que sean causa suficiente en el suicidio, de modo que su importancia radica en que actuarían como precipitante en jóvenes con vulnerabilidad por su condición psiquiátrica.
2. – Crisis con los padres.
3. – Factores psicológicos/personales.



4. – Conflictos familiares.
5. – Problemas con el grupo de pares o iguales.
6. – Dificultades escolares.

De todas formas, estos factores precipitantes podrían cambiar con la edad; así, en niños preadolescentes las malas relaciones familiares son un factor precipitante común, y en adolescentes los conflictos con el grupo de iguales.

Factores protectores

El volumen de estudios que se han centrado en los factores protectores en la infancia o adolescencia es bajo, si se compara con los múltiples estudios sobre factores de riesgo.

Algunos factores protectores que se han propuesto son:

1. – Cohesión familiar y con el grupo de iguales.
2. – Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.
3. – Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio.
4. – Sexo femenino.
5. – Creencias religiosas.

6. – Habilidad para estructurar razones para vivir.
7. – Nivel educativo.
8. – Locus de control interno.
9. – Autoestima.
- 10.– Inteligencia.
- 11.– Sistemas de apoyo y recursos: apoyo social, estar en una terapia, experiencia escolar positiva y tener aficiones.



2.3.4 Factores sociales y nivel educativo:

Se ha encontrado una asociación entre bajo estatus socioeconómico y bajo nivel educativo con conducta suicida. El rendimiento académico bajo ha sido asociado a ideación suicida y el tener una actitud negativa acerca de la escuela y la actividad escolar, con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida.

2.3.5 Exposición:

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto de “contagio”) o a determinado tipo de información en los medios de comunicación sobre suicidios, también se ha asociado al suicidio.

2.3.6 Red social:

Se ha encontrado asociación entre las relaciones pobres o deficitarias con el grupo de iguales y la ideación suicida; también se ha encontrado asociación entre problemas en la relación con los iguales e intentos de suicidio, pero no con los grados de apoyo del grupo de iguales. También se ha visto que la presencia de dificultades sentimentales es un factor de riesgo en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad.

2.3.7 Otros factores

1. Maltrato físico o abuso sexual:

Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico o psicológico. La violencia contra los niños y las niñas en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpecen el desarrollo espiritual de la personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos en ella que predisponen a la realización de actos suicidas, entre los que se destacan la propia violencia, la impulsividad, baja



autoestima, las dificultades en las relaciones con personas significativas, la desconfianza, por sólo citar algunos.

Los niños sometidos a situaciones de abuso físico y sexual tienen alta incidencia de conducta suicida. Se ha relacionado con el abuso físico y sexual, este último más en varones que en mujeres, con diferencias del 52% en varones y 2% en mujeres. El abuso sexual está relacionado con trastornos psicopatológicos y no está claro si la alta prevalencia de conducta suicida se debe al abuso en sí o a la patología.

Si comprendiéramos mejor la violencia ¿Podríamos responder con mayor eficacia? Emanuel Marx, un sociólogo israelí que ha estudiado la conducta violenta en un pueblo de inmigrantes, hace una distinción que puede resultar útil en la descripción de las familias. Observa que una de las pautas se caracteriza por una violencia con un objetivo y controlada; implica la utilización de una amenaza y la escala de la violencia para alcanzar una meta. Llama a esta pauta *violencia coercitiva*. En las familias el ejemplo más común sería la de los padres que golpean a sus hijos como parte del esfuerzo de socialización, pero también en muchas negociaciones sociales y políticas, la amenaza y la utilización de la fuerza se convierten en parte importante de la geografía de las transacciones.

Hay otro tipo de violencia que se ve con más frecuencia en las familias que se ponen en contacto con la profesión legal y de salud mental: la violencia en que el victimario se ve a sí mismo como la víctima. En este segundo tipo, *violencia de defensa*, (“Violencia de apelación” en términos de Marx), “la persona violenta demuestra que la sociedad la a tratado injustamente, por ejemplo, exigiéndole cosas que no son compatibles con los recursos puestos a su alcance”. En las familias que se caracterizan por el castigo físico a los hijos o al cónyuge, los perpetradores del acto violento a menudo



se perciben como quien desvalidamente responde al anzuelo que le presenta la otra persona. En estas circunstancias, el “victimario desvalido” pide una mayor comprensión de la terrible situación en que se encuentra. Se cual fuere nuestra respuesta emocional a esta deformación de los hechos, es evidente que el control punitivo de esta especie de persona violenta acrecentará la experiencia subjetiva de ser una víctima y aumentará las posibilidades de futura violencia. (Minuchin, 1984, pág. 127)

2. Orientación sexual:

Se ha asociado a ideación y conducta suicida, pero no existe evidencia científica al respecto, fundamentalmente por la intervención de otras variables.

3. Acoso por parte de iguales (bullying):

Se ha relacionado con conducta suicida y también con altos niveles de estrés e ideación suicida. (Guía de Prácticas Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009)¶10 Párrafo

2.4 ¿Qué pasa con la conducta suicida y las familias?

El suicidio puede ser visto desde muchas perspectivas, pero sólo quien lo ha vivido de cerca puede dar una opinión contundente acerca de la carga significativa y valorativa de la palabra y la acción. El suicidio es un hecho que se ha incrementado en los últimos tiempos, especialmente entre la juventud. Sin duda la falta de valores, de límites, de cimientos que establezcan a la personalidad está afectando la vida de muchos niños, jóvenes y adultos. La institución familiar parece desintegrarse cada vez más pronto y se tambalea frente a tantos ataques de la sociedad sin que ésta se dé cuenta de que al terminar con la familia, se aniquila a sí misma, pues termina con su inicio la sociedad doméstica y con el ser humano.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El suicidio en la actualidad ha sido catalogado como una irresponsabilidad por parte del suicida hacia la familia que le sobrevive. Tanto la persona como la familia y la sociedad, todos son responsables de todos, estos problemas que afectan a los adultos (factores económicos, sociales, afectivos, laborales), son problemas de interés social, que no se pueden deslindar de la responsabilidad que se tiene ante cada muerte, ante cada suicidio.

Toda la sociedad, de alguna forma es responsable, de su propia vida y también, de la vida de los que nos rodean, por lo que en la medida del alcance de cada individuo se debe luchar por ser mejores personas, establecer mejores familias y crear una mejor sociedad donde los niños, jóvenes y adultos aprendan a amar su vida y no a vivir confundidos a tal grado de tomar decisiones tan dolorosas como quitarse la vida. (Acero, Rodriguez, 2008, pág. 118)

Desde el punto de vista psicológico, la familia bien constituida, es decir, aquella en la que están presentes la comunicación y diálogo, la atención, el establecimiento de reglas y límites, el amor incondicional, el refuerzo de la autoestima, la dedicación de tiempo, el conocimiento de los amigos y lugares que frecuentan y la aceptación incondicional, permitirá que se gesten hijos felices que aprendan a buscar soluciones reales a sus problemas y que entiendan que el suicidio nunca será una solución.

La depresión se considera una variable necesaria, pero no suficiente en los intentos de suicidio. Y a pesar de que los problemas principales se encuentran en el contexto más amplio, la familia refleja y a menudo exagera las presiones externas existentes en el mundo del individuo. Un patrón frecuente en el seno familiar del suicida es la *Triangulación*, la presencia de lealtades divididas que fuerzan al individuo a tomar partido por uno u otro de los padres, provocándole una enorme tensión. Todo esto le genera intensos sentimientos de culpa, quien



siente que siempre traiciona a uno de sus progenitores, reduciendo así su autoestima.

Cuando una persona vive en una familia caracterizada por una constante triangulación, rechazo y culpa, el rechazo del contexto social más amplio se torna intolerablemente amenazador, puesto que el individuo no cuenta con un hogar seguro y acogedor que brinde apoyo. En un sistema familiar prematuramente desligado el individuo puede sentirse expulsado a una edad en que todavía no está en condiciones de emanciparse totalmente, este es el caso de adolescentes. Esto le aumenta su vulnerabilidad, propiciando que vuelque la agresividad hacia sí mismo en un acto que conduce al suicidio.

2.5 Crisis y el ciclo vital familiar

Por lo general las crisis son el resultado de cambios importantes o eventos traumáticos que implican un desafío y una reorganización para enfrentar las situaciones que las desencadenan. Algunas crisis tienen que ver con los ciclos vitales normales de la familia, son las llamadas crisis esperadas como el fallecimiento de una persona de la tercera edad. Y existen otras llamadas crisis inesperadas tal es el caso de los intentos de suicidio.

Esta investigación está enfocada a familias en donde existe un miembro con ideación y/o intento de suicidio, y es en estos casos, en donde se requiere de una intervención en crisis de primer orden que corresponde a la ayuda inmediata. Los objetivos de esta intervención son el restablecimiento inmediato de la capacidad de enfrentamiento del problema, la evaluación de riesgo de vida y el vincular a los recursos de ayuda.



Luego, se acude a una intervención en crisis de segundo orden en donde la intervención se da una vez que la crisis inmediata ha pasado, que no haya riesgo de vida y que la persona se encuentre en condiciones de comenzar una resolución de la crisis.

Por todo esto es preciso abordar el tema de Intervención en Crisis en esta investigación porque es necesario para la atención de los miembros con ideación y/o intento de suicidio y a la vez es útil para intervenir a los familiares.

2.5.1 ¿Qué es una crisis?

Según Slaidkeu es “Un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo de abordar situaciones particulares y utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado positivo o negativo” (Borrero, 2011)

Cuando se habla de estado temporal de trastorno, hace referencia a un tiempo aproximado de seis meses a un año de dificultad, debido a que toda crisis tiene un principio y tiene un fin. En este momento de crisis, el individuo experimenta una incapacidad para resolver sus problemas y maneja las mismas estrategias que ha utilizado siempre para resolver conflictos, sabiendo que éstas son ineficaces, pues tendrá que buscar nuevas destrezas para afrontar sus problemas.

Según el Diccionario de Pedagogía y Psicología indica que una **Crisis** es un “Estado de desequilibrio psicológico repentino tan grave que impide el normal funcionamiento del individuo o la familia. Y una **Crisis Vital** es el “Acontecimiento previsible de la vida o coyuntura crítica que afecta a la mayoría de las personas”. (Canda, Moreno, 1999, pág. 66)



Las crisis aparecen de una manera repentina provocando una alteración psicológica en la vida del individuo llevándolo a un impedimento normal en sus relaciones familiares y sociales.

2.5.2 Tipos de crisis (Borrero, 2011)

Tipos de Crisis	
1. Circunstanciales	<ul style="list-style-type: none">▪ Extrínseca▪ Impredecible▪ Real▪ Específica▪ Aislada▪ Tensión obvia y manifiesta▪ Requiere un cambio mínimo en la estructura familiar.▪ Por ejemplo: incendios, terremotos, accidentes, etc. <p>PROBLEMA O COMPLICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Centran su energía en buscar culpables. XEjm. Médico, etc.▪ No hacer esfuerzo para adaptarse a la nueva realidad.▪ Se activen otras crisis internas no resueltas.
2. De Desarrollo	<ul style="list-style-type: none">▪ Los cambios son permanentes, reales, no se pueden evitar, favorecen el crecimiento.▪ Surgen por factores biológicos o sociales (Crisis en el ciclo vital familiar)



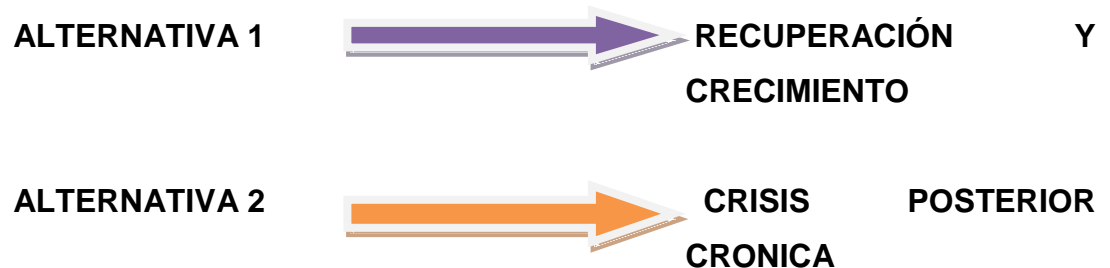
	<ul style="list-style-type: none">▪ Son universales (pasan a todas las personas)▪ Previsibles (Dependiendo a cada persona) <p>PROBLEMAS O COMPLICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Cuando la estructura familiar es incapaz de incorporar el nuevo estado de desarrollo y se retardan o no aceptan los cambios.▪ En los individuos cuando existe temor al cambio y al crecimiento (XEjm. Dejar que crezcan, que sean adultos los hijos)▪ Retardan los cambios y se provoca la crisis.
<p>3. Estructural</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Son recurrentes, repetitivas y cíclicas▪ Activan determinadas dinámicas en la familia▪ La tensión responde a una pauta interna, disfrazada de desencadenante externo.▪ Un síntoma desencadena la crisis, pero al mismo tiempo ayuda a mantenerla.▪ Es como si la familia pusiera energía



	<p>en evitar que ocurra una transición evolutiva.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ La crisis se produce por imposibilidad de cambiar. XEjm. Iba a vivir sola, pero mi mamá se enfermó.
<p>4. Por Desvalimiento</p>	<p>✓ Ocurre en familias donde uno o más miembros son disfuncionales y dependientes. XEjm. Familias con miembros Esquizofrénicos o de Alzheimer.</p>



2.5.3 Etapas de una crisis (Borrero, 2011)





2.5.4 Crisis y el ciclo vital familiar

La familia debe ser entendida ampliamente, pues abarca no solo a las personas que tienen un vínculo consanguíneo, padre, hermanos, abuelos, etc., sino también aquellas significativas afectivamente y que participan de la vida familiar, como ciertos amigos muy cercanos, la niñera o empleada de la casa que lleva años conviviendo con ellos, y en casos de divorcios y segundas uniones, los nuevos parientes, que han de ser tenidos en cuenta también como integrantes del grupo familiar.

El ciclo vital de una familia incluye períodos en los que existe una tendencia a agruparse y a permanecer unidos, y otros en los que la tarea saludable es desprenderse y facilitar la dispersión de los miembros. Entre las etapas del ciclo vital tenemos: El galanteo, Formación de la pareja, De esposos a padres, Familia con hijos pequeños, Familia con hijos escolares, Familia con hijos adolescentes, Familias con hijos jóvenes adultos, Etapa del Nido Vacío y la Vejez (Jubilación).

Un ejemplo del primer caso es de una familia con hijos pequeños en proceso de crianza, que debe cerrarse para poder solidificar como un grupo y fortalecer sus jerarquías, límites y normas. Un ejemplo, de la segunda situación, se da cuando los hijos son adolescentes (lo más sano es concederles libertad espacio y tiempos propios), o cuando van a otras ciudades a estudiar o a vivir, se independizan o eligen pareja y dejan la casa definitivamente.

Una crisis familiar, en cualquier etapa del ciclo vital en que se produzca, es una poderosa fuerza centrípeta que congrega a sus miembros. En tiempo de dificultad las familias se cierran, a veces hasta el extremo de rechazar la ayuda, la intervención, orientación externas, construyendo para protegerse una especie de barricada que puede aislarse demasiado y sobrecargarlas con deberes y tareas, provocando sobre todo en niños y adolescentes la aparición de conductas



conflictivas, que les pueden llevar al aislamiento, a la desilusión, a la desesperanza y provocar en éstos las ideaciones o intentos de suicidio.

Pero esta tendencia natural a cerrarse, cuando coinciden con una etapa de la vida familiar en la cual lo natural es la separación y la sana distancia entre los miembros impone a la familia a destiempo una obligada cercanía y convivencia que puede representar una regresión a etapas anteriores ya superadas y generar roces y dificultades entre unos y otros. (Acero, Rodriguez, 2008, pág. 62)

Resumen

En este capítulo se habló sobre la familia del suicida y su importancia desde lo sistémico. Para Salvador Minuchin, la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una Familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan al sistema.

Las familias con miembros suicidas son vulnerables. Se tomó en cuenta los factores de riesgo y otras dimensiones psicológicas que llevan a las familias a formar una estructura familiar disfuncional, a sentirse vulnerables y a situaciones de crisis. La mayoría de los que cometen suicidio, han experimentado acontecimientos estresantes en los tres meses previos al suicidio, tales como problemas interpersonales, rechazo, pérdidas, problemas laborales, cambios en la sociedad, la vergüenza, el temor, maltrato físico, abuso sexual, etc. Por ello la familia es el primer soporte emocional y en donde sus miembros establecen sus mecanismos de defensa y pueden enfrentar los problemas. Toda la sociedad, de alguna forma es responsable, de la vida de los que nos rodean, por lo que en la medida del alcance de cada individuo se debe luchar por ser mejores personas, establecer mejores familias y crear una mejor sociedad donde los niños, jóvenes y



UNIVERSIDAD DE CUENCA

adultos aprendan a amar su vida y no a vivir confundidos a tal grado de tomar decisiones tan dolorosas como quitarse la vida.

Ahora, en el siguiente capítulo, es necesario conocer el Modelo Estructural de Salvador Minuchin para poder enfocarnos en sus principales técnicas y procedimientos para trabajar con estas familias con miembros suicidas que requieren modificaciones en su estructura familiar disfuncional.



CAPITULO III

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y EL MODELO ESTRUCTURAL





3.1 Terapia Familiar Sistémica

La terapia familiar es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto (**BIO, PSICO, SOCIAL, CULTURAL**) social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo y la familia, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo. El terapeuta familiar posee un tronco más amplio y una mayor flexibilidad, lo cual aumenta las posibilidades de intervención terapéutica.

El terapeuta familiar no se limita a la interacción de la familia tal como ha sido internalizada, por ejemplo, por el niño, sino que puede experimentar por sí mismo la forma en que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente. Desarrolla entonces una teoría interaccional para explicar el fenómeno que observa.

Los terapeutas familiares reconocen la atracción del pasado y el hecho de que, en alguna medida, las personas viven a la sombra de la familia que fueron. Pero la terapia familiar también reconoce el poder del presente, y encara la influencia en curso de la familia que es. La terapia realizada con este marco apunta a cambiar la organización de la familia, sobre la base de que cuando se transforma la organización familiar la vida de cada miembro también se ve consecuentemente modificada. (Minuchin & Nichols, La recuperación de la Familia. Relatos de esperanza y renovación, 1993, pág. 47)

La familia es vista como un sistema cibernético, auto organizativo en el cual todos los elementos se vinculan entre si y cuyo problema actual cumple una función específica para el sistema familiar. El contexto social es considerado importante para el sistema.



3.2 El Modelo Estructural

Salvador Minuchin entre los años 1965 y 1970 crea un enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar, defendiendo que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras. Las variables estructurales específicas en las que se centra son:

- Los límites, que implican reglas de participación
- Las jerarquías, que encierran reglas de poder.

Entonces, la clave está en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. (Minuchin & Fishman, H, Técnicas de terapia Familiar, 1984, pág. 79)

La terapia estructural es un tratamiento breve, que se desarrolla a lo largo de tres o seis meses con entrevistas semanales, centrándose en variables estructurales como son los límites y las jerarquías. Su evaluación encuadra los síntomas dentro del ciclo vital de la familia, considerando que debido al estrés provocado por las transiciones evolutivas, el sistema familiar se adhiere a pautas anteriores de conducta que no se adaptan a las exigencias de la etapa actual. El terapeuta deberá atender al momento evolutivo familiar y comprobar si las tareas, interacciones, límites y jerarquías corresponden a los requisitos del nuevo estadio.

Estructura o estructural son pautas de interacción relativamente duraderas que ordenan u organizan subsistemas componentes de una familia, en relación más o menos constante. (Berrueta, 2.006). Para Minuchín, es un conjunto invisible de demandas funcionales que organiza la manera de interactuar entre sí a los miembros de la familia. Este modelo considera a la familia como un organismo o conjunto, un sistema complejo que funciona mal. El terapeuta excava la homeostasis existente, produce crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento. El estructuralista realinea



organizaciones significativas con el propósito de producir cambios en el sistema como un todo. (Minuchín, 1995, Haley, 1991). (Wainstein, 2006, pág. 107)

Funciona mal se refiere a que se adecúa ineficazmente a sus fines. Síntomas y trastornos en los cuales la alteración no va acompañada de lesiones visibles y es susceptible a crear una desaparición de medios y fines de manera rápida y total. Rosa Pfefferman (2.006) en su seminario sobre teoría sistémica, mencionó que estructura es un conjunto de miembros de una familia que forman un sistema. Un sistema es un conjunto de elementos que se interrelacionan entre sí bajo reglas determinadas que tienen una estructura y que la totalidad va mas allá de la suma de las partes y está en un contexto determinado. Si se modifica una parte, se modifica el sistema. (Wainstein, 2006, pág. 110)

3.2.1 Los conceptos claves para el modelo estructural (Minuchin, Familias y terapia familiar, 2003, pág. 90)

1. Estructura.- En el Modelo Estructural se considera a los miembros de la familia relacionándose de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar. Minuchin (2003) define la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”. Señala además, que la familia está conformada por varios subsistemas u holones.

2. Holón.- Es el término que significa que se es un todo y una parte al mismo tiempo, con lo que se considera entonces que la familia es un todo (sistema familiar) y a la vez un sistema que es parte de otro (s) mayor (es) como la familia extensa, por ejemplo. Los holones o subsistemas como también se les conoce, al interior del sistema son: individual (cada miembro), conyugal (la pareja), parental (padres e hijos), y el fraterno (hermanos).



Así mismo, Minuchin establece que en la estructura familiar se pueden identificar los límites, los cuales “están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia... tienen la función de proteger la diferenciación del sistema”

3. Los límites.- Indican cuáles individuos pueden estar en un holón o subsistema y cómo deben interactuar. Los límites internos se identifican entre los miembros de los subsistemas familiares, mientras que los límites externos se reconocen por las reglas de interacción entre la familia y el medio ambiente externo. Minuchin reconoce tres tipos de límites:

- **Claros**

Son aquellas reglas que pueden definirse con precisión como para permitir a los miembros del sistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias entre subsistemas, pero permitiendo el contacto entre los miembros de los diferentes holones.

- **Difusos**

Son aquellos que no se definen con precisión; no queda claro quién debe participar, cómo y cuándo, habiendo falta de autonomía entre los miembros del sistema, quienes están aglutinados mostrando invasión entre subsistemas. El estrés de un miembro individual repercute intensamente en los demás.

- **Rígidos**

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

Minuchin (2003) además ha identificado otras formas de relaciones familiares que gobiernan las interacciones de sus miembros, tales como la jerarquía, centralidad,



periferia, hijos parentales, alianzas, coaliciones y triangulaciones, que también son parte de la estructura familiar.

4. La jerarquía.- Se refiere al miembro que ostenta el poder en la familia, es decir, al que establece reglas, las hace obedecer, toma decisiones individuales y grupales, etcétera.

5. La centralidad.- Hace referencia al miembro en el que recae la mayor parte de las interacciones familiares, porque destaca por características positivas o negativas.

6. La periferia.- Tiene que ver con el miembro con menos participación en la organización e interacción familiares.

7. Los hijos parentales.- Son aquellos que se desempeñan como madre o padre y ostentan poder.

8. Las alianzas.- Son la unión de dos o más miembros del sistema familiar para obtener beneficios sin dañar a otros.

9. Las coaliciones.- Son la unión de dos o más miembros de la familia en contra de otro. Uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor; esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge.

10. Las triangulaciones.- (una forma de coalición) hacen referencia a la existencia de un conflicto entre dos miembros de la familia, los cuales usan a otro para perjudicarse por vía de éste. Hay una tríada en la que una tercera persona es involucrada en algún nivel en la relación tensa entre otras dos personas de la familia, y ese tercer integrante tiene un papel especial relacionado con la tensión. El conflicto entre los dos primeros miembros es negado.



¿Cuál es el límite adecuado?

El terapeuta sistémico tiene que establecer alianzas, fronteras para poder trabajar sobre la estructura familiar, tanto en lo rígido como en lo flexible, una vez que se modificó los límites difusos y rígidos empieza la flexibilidad de los subsistemas y el cliente o la familia van a experimentar la posibilidad de adecuarse a situaciones nuevas y empezarán a establecer el límite correcto dentro de su sistema familiar.

Las alianzas son una unidad para construir algo. Las coaliciones son la unión del uno con el otro, es decir la unión de terceros. Por ejemplo, si la coalición es fuerte entre el padre y la hija, la madre habla contra la hija, ésta mira al padre y éste la defiende, la madre queda mal ubicada dentro de su subsistema. Las jerarquías son todo lo que implica, universales, hay una realidad, hay que tener una cierta autoridad, que el padre tenga más poder para que puedan coordinar y dirigir a sus hijos. (Pfefferman, 2.006)

11. Roles.- Son la totalidad de expectativas y normas que los miembros de la familia tienen con respecto a la posición que cada uno de los individuos debería guardar, es decir un rol equivale a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto social. En lo familiar, son las funciones que cada individuo ejerce dentro de la familia. Es importante la observancia de padre o madre con rol de hijo (a), como sustituto del cónyuge, entre cónyuges padre hija, madre hijo.

12. Patrones de interacción.- La estructura familiar tiene que ver con las interrelaciones entre los miembros que componen el sistema. La presencia de límites difusos o rígidos, coaliciones, triangulaciones, hijos parentales, un miembro central (permanente) o periférico, señalan disfuncionalidad en la estructura familiar. En la terapia estructural no se parte de la distinción entre familia normal y anormal basada en la ausencia o presencia de problemas, más bien se considera la familia funcional o disfuncional con base en sus patrones de interacción



(estructura). Minuchin y Fishman (1991) mencionan que los miembros de la familia localizan el problema sólo en uno de ellos y esperan que el terapeuta trabaje en ese individuo. Sin embargo, para el terapeuta ese miembro es solamente el portador del síntoma y el problema es causa de interacciones disfuncionales de la familia.

3.3 Los principales aspectos del enfoque estructural

3.3.1 La familia desde el modelo estructural

La Familia es vista como una unidad biopsicosocial integrada por un número de personas ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar. Muchos problemas conductuales se deben a una disfunción familiar, es por ello que deben estar claras las funciones básicas de la familia, es decir tanto en la:

- Comunicación.
- Afectividad.
- Apoyo.
- Adaptabilidad.
- Autonomía.
- Reglas y normas de convivencia.

Para el modelo estructural la Familia necesita ciertos acuerdos que determinen los patrones de interacción entre sus miembros:

- Hay diferentes SUBSISTEMAS con sus funciones, poderes y deberes.
- El funcionamiento entre ellos es óptimo cuando existen unos límites claros y permeables en grado apropiado.
- Se vuelven problemáticos cuando son inflexibles, rígidos o negligentes y caóticos.
- La adaptabilidad familiar depende de estos límites
- El objetivo sería cambiar la estructura y patrones de interacción.



La Dinámica familiar es el juego de roles o papeles de los miembros de una familia nuclear (madre, padre e hijos) o extensa (madre, padre, hijos, tíos, abuelos, primos, etc.). La familia como microsistema en que se interrelacionan sus integrantes; funciona en base a sus propósitos, anhelos, expectativas. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. O dicho de otro modo: el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento.

Las familias cambian. Pero el proceso de cambio supone, por lo general, algún nivel de crisis. El terapeuta tiene que unirse, obtener aceptación, suscitar confianza y después motivar a la familia para que salte a la incertidumbre. (Minuchin & Nichols, La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación. , 1993, pág. 59)

3.3.1.1 Tipos de Familias

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido varios tipos de familias:

a) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

b) La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.



c) La familia monoparental: Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

d) La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

e) La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

f) La familia Aglutinada: Los miembros de familias aglutinadas (límites difusos) pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía. La conducta de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros y el stress individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas. Así pues, la familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad.



g) La familia Desligada: Los miembros de familias desligadas (límites rígidos) pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y, de requerir ayuda mutua cuando la necesitan. Estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. El stress que afecta a uno de sus miembros no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos. Así, pues, la familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo.

h) La familia Rígida: se trata de un grupo familiar que una vez ha trazado sus normas y valores, no permite la adaptación de nuevos criterios, mantienen los mismos modelos de interacción dificultando el desarrollo, crecimiento e independencia de sus miembros.

i) La familia Flexible: La flexibilidad es uno de esos recursos familiares que beneficia a todos los miembros de la familia, especialmente cuando las exigencias a largo plazo están presentes y cuando la vida cotidiana no puede predecirse. Ser capaces de cambiar velocidad, esperanzas y alterar los papeles y las reglas contribuye a la obtención de mejores resultados.

j) La familia reconstruida: Donde conviven el padre o la madre, separados o divorciados con los hijos de una o más uniones anteriores y su nueva compañera/o.

k) La familia Mixta: Donde conviven un padre y una madre con hijos de uniones anteriores de los dos, y en algunos casos con hijos concebidos en esa unión actual.

l) La familia con padres visitantes: Es aquella en la cual el padre no convive con la familia, pero que no se considera como incompleta, ya que el cumple con las funciones de esposo y padre, y tiene los privilegios y atribuciones del jefe de



familia. Generalmente este tipo de familia se acepta en las culturas donde está permitido que el hombre mantenga una relación con dos o más compañeras con hijos. (Cibanal, Estructura Familiar, 2008)¶8 Párrafo

3.3.2 El problema presentado

La terapia familiar estructural se ocupa de problemas dentro de una familia, trazando las relaciones entre los miembros de la familia, o entre los subgrupos de la familia. Estas cartas representan la dinámica del poder, así como los límites entre los diferentes subsistemas. El terapeuta trata de afectar a las relaciones disfuncionales dentro de la familia, y hacer que se coloque nuevamente dentro de un patrón saludable. Según Minuchin, una familia es funcional o disfuncional en base a su capacidad para adaptarse a distintos factores de estrés (extra-familiar, idiosincrasia, de desarrollo), las cuales, a su vez se basa en la claridad y la adecuación de los límites de sus subsistemas. Las familias disfuncionales presentan subsistemas mixtos (es decir, las coaliciones) y las jerarquías inadecuadas de alimentación, como por ejemplo cuando un niño más grande se pone en el subsistema de los padres para sustituir a un cónyuge física o emocionalmente ausente.

Entonces, Minuchin ve que el objetivo es promover una reestructuración del sistema de la familia a lo largo de las líneas más saludables, lo que lo hace mediante la introducción de los distintos subsistemas de la familia, continua causando trastornos interviniendo de manera que se producen situaciones inestables que requieren el cambio y la reestructuración de la organización de la familia. (Hershman, 2007)¶7 Párrafo



Paradigma

Los sistemas humanos tienen una estructura que determina su funcionamiento, este funcionamiento determina a su vez la estructura. (León, Vega, 2011, pág. 4)

1. Explicación de la familia:

La estructura de una familia es igual a los elementos que la componen y su red invisible de interacciones.

a) Subsistemas:

- Pertenencias múltiples
- Roles y funciones
- Tareas

b) Fronteras:

- Autonomía
- Pertenencia

La estructura familiar sigue un proceso de cambio que corresponde a su ciclo vital (Ontogénesis familiar)

- Sistema abierto interactuando con su entorno.

2. La explicación de los problemas:

Los problemas:

- Conflicto de pertenencia a los subsistemas
- Disfunción de las fronteras
- Trastornos en la relación familia – entorno



3. La estructura de la familia puede adaptarse a la tensión:

✓ Tensión extrafamiliar:

—————→ De un miembro

—————→ Del conjunto

✓ Ligada al ciclo evolutivo de la familia

✓ Tensión por problemas particulares

Dificultad de vida —————→ Crisis —————→ Catástrofe

(Proceso lineal)

4. La familia reacciona de manera disfuncional a los problemas

* Reacción inadecuada cualitativa:

- Rigidez (Poco Flexible)
- Caótico (No hay como establecer límites)

* Reacción inadecuada cuantitativa:

- Exagerada
- Insuficiente

3.3.3 El proceso de cambio terapéutico

El cambio se da cuando el sistema enfrenta un desequilibrio. Como quiera que sea la tendencia del sistema es a volver a equilibrarse, la nueva situación generada, será, presumiblemente, distinta de la anterior. Es decir busca el cambio estructural y se considera que como consecuencia de éste la familia podrá resolver sus problemas. Para adaptarse, la familia necesita contar con flexibilidad y pautas transaccionales alternativas. La familia debe responder a requerimientos de cambio tanto internos como externos, que exigen una transformación constante de la posición de los miembros en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema conserva su continuidad.



Es natural que la familia atraviese periódicamente crisis, es decir una ruptura del equilibrio de las relaciones intra e inter sistema, y a su vez la búsqueda de nuevas formas de funcionamientos mejor adaptados a la situación actual. Los estresores sobre un sistema familiar pueden originarse por tres fuentes:

- En los momentos transicionales de la familia (Etapas del ciclo vital)
- Problemas de idiosincrasia (Hijo con retardo mental)
- En el contacto de un miembro o de toda la familia con fuerzas extrafamiliares (pérdida de trabajo)

La persona del Terapeuta

Minuchín sustenta la tesis de la instrumentación del propio terapeuta desde la co-participación, el terapeuta se debe sentir cómodo en diferentes niveles de participación. Cualquier técnica podrá resultar inútil, según el terapeuta, la familia y el momento a veces el terapeuta puede desear desprenderse de la familia y hacer prescripciones, otras veces puede obrar como un instructor, o en otros momentos lanzarse a una contienda, tomando el puesto de uno de los miembros del sistema, estableciendo una fuerte alianza con los perdedores dentro de la familia.

En cualquiera de los casos hay limitaciones impuestas a la instrumentación de su persona y están determinadas por las características individuales y rasgos particulares de la familia. Pero dentro de estos límites el terapeuta puede aprender el empleo de técnicas que demanden diferentes niveles de participación.

Co-participar con una familia es más una actitud que una técnica y constituye la cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones terapéuticas. Es hacerle saber a los miembros de la familia que los comprende y trabaja con ellos y para ellos.



Para que el terapeuta se introduzca en la familia, deberá: Trazar límites personales, establecer una atmósfera relacional utilizable, crear una cualidad emotiva de contacto, activar e influir sobre los procesos interactivos entrando directamente en el flujo del conflicto familiar, precisará un yo observador, replegarse a fin de objetivar su experiencia para observar y evaluar los acontecimientos significativos, y luego entrar al interior sopesando y equilibrando lo enfermo y ayudando a las fuerzas emocionales, requerirá hacer uso flexible, abierto y disponible del sí mismo. (León, Vega, 2011, pág. 22)

Proceso de Terapias – Técnicas

El objetivo de la terapia

El objetivo del terapeuta de familia y la técnica a la que recurre están determinados por su marco teórico. La terapia estructural de familia es una terapia de acción. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia; por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien el presente.

El objetivo de las intervenciones en el presente es el sistema familiar. El terapeuta se asocia a este sistema y utiliza a su persona para transformarlo. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias subjetivas. Con este objetivo, el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema.

En primer lugar, una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio.

En segundo lugar, el sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Por lo tanto, el terapeuta se une a la familia no para educarla o socializarla, sino, mas bien, para



reparar o modificar su funcionamiento para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia.

En tercer lugar, el sistema de la familia tiene propiedades de autoperpetuación. Por lo tanto, el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de ésta. En otras palabras, una vez que se ha producido un cambio, la familia lo preservará, proveyendo una matriz diferente y modificando el feedback que continuamente califica o valida las experiencias de sus miembros.

Estos conceptos de estructura constituyen el fundamento de la terapia de familia. Sin embargo, la terapia estructural de familia debe partir de un modelo de normalidad que le permita medir las anomalías. Diversas entrevistas con familias pertenecientes a diferentes culturas que funcionan en forma eficaz ilustrarán las dificultades normales de la vida familiar que trascienden las diferencias culturales. (Minuchin, FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR, 1982, pág. 37)

Entonces, en conclusión el objetivo sería:

- ⊕ Alterar la estructura de la familia
- ⊕ Modificación de los límites
- ⊕ Realineamiento de los subsistemas

El terapeuta se asocia con la familia con el fin de cambiar la organización de la misma, de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique.

La concepción de Minuchín parece establecerse, por tanto, en los siguientes hechos:

- ▣ La familia se configura en torno a un equilibrio cuyo reflejo temporal es la estructura que el terapeuta visualiza durante la entrevista
- ▣ La situación no cambiará si dicho equilibrio no es desafiado



- ▣ Es el terapeuta el que debe desafiar y por tanto desequilibrar la familia
- ▣ Producido el desequilibrio de la familia vuelve a reequilibrarse sobre otros presupuestos más sanos.

El proceso de reequilibramiento está igualmente dirigido por el terapeuta, una de sus misiones es investigar nuevas conductas a ensayar por la familia, conductas que se experimentan durante la entrevista.

Acomodación

Hace referencia a las acciones del terapeuta tendientes directamente a relacionarse con los miembros de la familia, y a las adaptaciones del terapeuta destinados a lograr la alianza. Para aliarse a un sistema familiar, el terapeuta debe aceptar la organización y estilo de la familia y fundirse con ellos. La familia se modifica solamente si el terapeuta ha logrado incorporarse al sistema de un modo sintónico a éste. Debe acomodarse a la familia e intervenir de un modo que la familia pueda aceptar. Es posible que las técnicas de acomodación no siempre dirijan a la familia hacia la dirección de los objetivos terapéuticos, pero son exitosas en la medida en que garanticen el retorno de la familia a la sesión siguiente.

Reestructuración

Las operaciones de reestructuración son las intervenciones terapéuticas que una familia enfrenta en el intento de lograr un cambio terapéutico. Las operaciones de reestructuración constituyen los aspectos descollantes de la terapia. Son las intervenciones dramáticas que crean movimientos hacia las metas terapéuticas.



Ambos tipos de intervención son interdependientes: La terapia no puede logarse sin la acomodación, pero ésta no tendrá éxito sin la reestructuración.

Aplicaciones prácticas

El modelo estructural generalmente es utilizado en:

- Familias con pacientes identificados: niños y adolescentes
- Trastornos de alimentación
- Familias reconstruidas
- Familias psicósomáticas. (León, Vega, 2011, pág. 22)

Las variables que el terapeuta evalúa

LAS VARIABLES QUE EL TERAPEUTA EVALÚA SON
1) El momento del ciclo evolutivo que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio
2) Las interacciones que sus integrantes despliegan en la entrevista
3) La alianzas y coaliciones familiares
4) Los problemas de la distribución jerárquica del poder
5) El tipo de límites intra y extrafamiliares
6) Las pautas de transacción alternativas disponibles de acuerdo a la flexibilidad del sistema al cambio
7) Las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar
8) La forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transaccionales.



3.4.2 Técnicas de intervención en Terapia Estructural

La terapia estructural no interviene al final de la entrevista. El cambio se efectúa en la propia sesión, empleando tres estrategias de las cuales disponen de un grupo de técnicas. Las tres estrategias son: (Montalvo, 2011, pág. 80 Y 132)

1) Cuestionamiento del síntoma (Desafío).- El problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. La familia es considerada como un organismo, donde los demás miembros de la familia son igualmente sintomáticos.

Sus técnicas son: *Escenificación de una pauta disfuncional, Enfoque o focalización e Intensificación.*

a) La escenificación.- Es poner en acto las interacciones, es la técnica por medio de la cual al pedirles a los miembros de la familia que actúen en su presencia (del terapeuta) permite construir una secuencia interpersonal en la sesión. En el momento mismo de la escenificación se produce el descubrimiento de conflictos que en un principio no parecían importantes pero que tienen que ver con el problema presentado y que todos tienen que ver con este. Esta técnica se da en tres movimientos:

- Primer movimiento:** El terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide los campos disfuncionales que conviene iluminar.
- Segundo movimiento:** El terapeuta organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia interpretan sus pautas disfuncionales por sugerencias y en presencia del terapeuta.



□ **Tercer movimiento:** El terapeuta dirige, esto es, que pide interacciones diferentes a las habituales disfuncionales, esto proporciona información básica y motiva a la familia.

b) El enfoque.- Esta técnica consiste en señalar la información que la familia proporciona, ya que como es sabido, los clientes muchas veces inundan al terapeuta con datos que para los primeros todos son importantes. El terapeuta debe jerarquizar esta información e ir dirigiendo la más importante hacia un foco de tratamiento, es decir, primero seleccionar un enfoque y en segundo lugar un tema para trabajar sobre él. Organizará los hechos que percibe, de manera que configuren algo que él tiene en mente y posea también pertinencia terapéutica. Se concentrará en un pequeño segmento de la experiencia de aquellos.

c) Aumento de la intensidad.- Esta técnica facilita que los mensajes del terapeuta lleguen a la familia y tengan su efecto deseado, es decir, que el cambio sea eficaz. Se logra mediante intervenciones destinadas a intensificar los mensajes terapéuticos, estas intervenciones pueden ser las siguientes:

- **Repetición del mensaje:** Esto consiste en repetir un mensaje muchas veces en el curso de la terapia con el fin de hacer crecer la intensidad. La repetición puede ser sobre dos niveles:
 - La estructura (un acuerdo entre los padres)
 - El contenido (la hora de llegar a casa de los hijos)El mensaje puede ser repetido en la misma forma cada vez o el mismo mensaje en diversas maneras con metáforas o analogías.



- **Repetición de interacciones isomórficas:** Esta técnica implica a la anterior, sin embargo, va dirigida a otro nivel lógico, que incluye mensajes que en la superficie parecen diversos, pero que son idénticos en un nivel más profundo, por ejemplo:
 - ¿Por qué no fuiste a buscar trabajo? (nivel superficial)
 - Es claro que no fuiste a buscar trabajo, ya que a pesar de tus veinte años es difícil hacerlo para un niño de ocho años (nivel profundo).

- **Cambio de tiempo:** Regularmente las familias traen su propio manejo del tiempo de las interacciones, por ejemplo, un padre que acostumbra hablar cinco minutos seguidos, los otros miembros respetan este tiempo y no intervienen, un hijo que solo contesta monosílabos y los otros miembros intervienen en cuanto dice "si" o "no". Esta técnica, por lo tanto, apunta a pedirle al padre que hable menos y permita al hijo hablar más.

- **Cambio de distancia:** La cercanía o lejanía en que se colocan los miembros dentro del sistema terapéutico, son datos que sirven para ir corroborando la jerarquía de los conflictos, por ejemplo, en los casos de farmacodependencia se observa y que la madre y el paciente identificado mantienen una distancia cercana y el padre se coloca más lejano, esto se refiere también a la distancia psicológica, mas difícil de medir que la distancia física. El terapeuta puede modificar estas distancias pidiendo que cambien de lugar, es decir, que padre e hijo intercambien sillas. La utilización del espacio del consultorio es un instrumento útil para la emisión de mensajes terapéuticos.



- **Resistencia a la presión familiar:** Un aspecto teórico importante de terapia familiar es que la familia presenta una resistencia al cambio y una forma de mostrarlo es diciéndole al terapeuta lo que debe hacer, a las familias con un alto nivel de tendencia al no-cambio son descritas como familias de "oídos sordos", por lo que el terapeuta debe olvidar las reglas de ética y si es necesario gritar, otras veces hacer como que no escucha lo que le dicen, con esto se logra no mantener una homeostasis familiar disfuncional.

2) Cuestionamiento de la Estructura Familiar (Técnicas reestructurantes).- Depende mucho las posiciones que los miembros de la familia ocupan dentro de diferentes holones familiares. Si hay apego excesivo, la libertad de los individuos estará limitada por las reglas del holón. Si existe desapego es posible que estén aislados, faltos de apoyo. El mapa familiar pone en manifiesto las coaliciones, alianzas, conflictos explícitos e implícitos y el modo como los miembros de la familia se agrupan en la resolución de conflictos.

Sus técnicas son: *Fijación de Fronteras o límites, Desequilibrio y El aprendizaje de la complementariedad.*

a) La fijación de fronteras o límites.- Esta técnica está destinada a modificar la participación de los miembros de diferentes subsistemas, es decir, implantar cambios, por ejemplo, en la relación padre-hijo.

Esto se puede lograr mediante dos maniobras:

- **La distancia psicológica:** Cuando habla uno de los miembros, el terapeuta observa quien lo interrumpe o completa la información, quien confirma o rechaza, quien ayuda, etc. también da datos acerca de las alianzas, sobreinvoluciones, coaliciones, la formación de



diadas y triadas. La tarea del terapeuta es una intervención que apunte a crear fronteras nuevas.

□ **Duración de la intervención.** - Esta técnica se refiere principalmente a modificar el subsistema terapéutico aplicándolo fuera del consultorio, es muy eficaz recurrir a tareas entre sesión y sesión, por ejemplo, a unos padres que solo van al cine si los acompaña un hijo, se les puede pedir que lo hagan ellos solos, sin el hijo, esto marca un límite entre el subsistema parental y el conyugal.

b) Desequilibramiento.- Aquí, la meta está destinada a modificar la jerarquía dentro de un mismo subsistema. El desequilibramiento puede producir cambios importantes cuando en los miembros existe la capacidad de experimentarse con roles y funciones a un nivel interpersonal. Hay que tener en cuenta, el riesgo de caer en una epistemología lineal, sin embargo, esto se supera apoyándose en que la conducta de los miembros está sustentada por el mismo sistema. Cuatro son las maniobras a las que se puede recurrir. Hay que observar que es el terapeuta quien las realiza.

□ **Alianza con miembros de la familia:** Ya desde la coparticipación, el terapeuta va creando alianzas, confirmando los lados fuertes de las personas se convierte en una importante fuente de estima. Se recurre a una alianza con algún miembro para modificar su posición jerárquica dentro del sistema familiar. Como se recordara, un principio sistémico dice que si un elemento cambia, el sistema total se modifica.

□ **Alianza alternante:** Esta puede verse como variante de la anterior, la diferencia es que el terapeuta alterna su alianza con dos miembros del sistema, por ejemplo, apoyar a los padres en sus



decisiones sobre los hijos adolescentes a la vez apoyar al hijo cuando cuestiona que los padres no tienen que decidir sobre él.

□ **Ignorar a miembros de la familia:** Esta técnica apunta principalmente a desequilibrar el sistema, es una modalidad considerada como de mucha agresividad ya que recurre a una relación descalificadora, el terapeuta ignora a un miembro de la familia tal como si fuera invisible, es decir, como si no existiera.

Una variante más compleja y difícil es que el terapeuta intente cambiar la posición de un miembro poderoso y central, tomando el rol de esta persona e interactuar solo con el resto de la familia ignorando al otro.

□ **Coalición contra miembros de la familia:** Este tipo de participación del terapeuta lo confronta a tener un enfrentamiento y de utilizar su posición jerárquica. A la vez que implica la habilidad de entrar y salir del sistemas familiar ya que se corre el riesgo de que la familia pierda su perspectiva terapéutica, en vista de que el terapeuta se alía con un miembro para atacar a otro, es obvio que uno como el otro se tensionaran. El éxito de esta estrategia depende de que los miembros acepten que esta postura del terapeuta es un beneficio de todos.

c) Complementariedad.- Esta estrategia cuestiona la idea de jerarquía lineal; esto se refiere a que para que una persona sea padre es necesario que exista un hijo y viceversa. Valga una cita del libro chino de la adivinación el i ching: "Cuando el padre es padre y el hijo es hijo, cuando el hermano mayor desempeña su papel de hermano mayor y el menor su papel de menor; cuando el marido es realmente marido y la esposa es esposa, impera el orden". Si los miembros de la familia tienen capacidad de



contextuar su propia experiencia del sí mismo de manera que la relación con el sí mismo de otro, percibirán una estructura diferente, esto es, la libertad de las partes es interdependiente. Hay tres aspectos a cuestionar:

- **Cuestionamiento del problema:** El terapeuta introduce incertidumbre, en cuanto a que el problema sea de un solo miembro de la familia, es decir, el paciente individualizado. En tal caso el terapeuta debe ampliar el foco del síntoma extendiéndolo a más de una persona.
- **Cuestionamiento del control lineal:** Esta técnica se basa en que cada persona es el contexto de las demás, nos referimos al concepto de reciprocidad, el terapeuta muestra una conducta disfuncional y responsabiliza a otra; por ejemplo: decir a un adolescente; "te comportas como un niño berrinchudo" e inmediatamente decir a los padres " y ustedes, ¿qué han hecho para tener un niño berrinchudo? Así, el miembro que es atacado como disfuncional no presenta desafío ya que se ha responsabilizado a otros de esa conducta.
- **Cuestionamiento del modo de recordar los sucesos:** Esta técnica parece ser la que presenta mayores dificultades ya que implica cuestionar el modo en que la familia observa y explica lo que sucede, por lo general lo hacen de la parte por el todo, rara vez, esta técnica alcanza su objetivo ya que la familia al aceptar una visión sistémica se coloca del lado perdedor, es decir del lado del cliente sintomático y esto último, poca gente lo acepta. El terapeuta tiene que poder ampliar el foco de atención de la familia, debe enseñarles a ver íntegramente los sucesos y no meramente la secuencia de acción, las respuestas y las contrarespuestas.



3) Cuestionamiento de la Realidad Familiar (Técnicas de cambio de visión). - La terapia de familia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contienen esta modalidad de experiencia. Para modificar la visión de la realidad por las que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las intervenciones afectan la percepción de todos los miembros con respecto al síntoma.

Sus técnicas son: *Modificación de los constructos cognitivos, Intervenciones paradójicas y los Lados fuertes de la familia.*

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

Las maneras de abordar esta técnica son tres:

_ **Utilización de símbolos universales:** Básicamente el terapeuta hace sus intervenciones apoyándose en la conceptualización de la familia como institución, es decir, "la familia tiene como función proteger a los miembros de esta" o "los padres que deben dar comida, vestido y sustento a los hijos", etc. también es adecuado recurrir al sentido común, a la tradición o a los dichos y refranes, esto tiene como meta desafiar la disfunción en distintos subsistemas y su fuerza reside en el hecho de que se refieren a cosas que todo el mundo conoce.



_ **Verdades familiares:** En este caso nos referimos a las justificaciones que la familia utiliza para describir su realidad, esto se realiza utilizando las mismas metáforas que usa la familia, por ejemplo, un padre que es descrito y el mismo se define como aficionado al toreo y utiliza metáforas como tener que darle "capotazos" a su esposa, el terapeuta utiliza esta parte cultural para decirle que es un buen momento para "tomar al toro por los cuernos". Esta simbolización de su realidad se utiliza como una construcción nueva y cada vez que la familia la saque o el mismo terapeuta las introduzca, transformándolas en una nueva señalización de la dirección al cambio.

_ **Consejo especializado:** El terapeuta ofrece una percepción diferente de la realidad basándose en su experiencia y conocimiento. Esta técnica es dónde el terapeuta debe ubicarse, es decir mostrarse con jerarquía superior y mantener el liderazgo del sistema familiar. Son aquellas intervenciones del tipo de "según mi experiencia...", "he revisado las estadísticas y en este caso han demostrado..." o "si ustedes vieran los casos que he tratado y ayudado...", etc.

b) Lados fuertes.- Esta técnica estratégica es la que se va aplicando a lo largo de toda la terapia, está basada en la connotación positiva y tiene como principio rector en que la familia tiene la capacidad para solucionar problemas por mas difíciles que estos se presenten, así mismo, creemos que los mejores terapeutas de cada individuo es su propia familia.



Resumen

El concepto de estructura familiar fue propuesto inicialmente por Salvador Minuchin. La estructura es un invisible conjunto de demandas funcionales que organiza la manera de interactuar entre sí a los miembros de la familia. El objetivo de las intervenciones estructurales sirve para provocar el desequilibrio del sistema familiar, con el fin de ayudarles a ver los patrones disfuncionales y estar abierto a la reestructuración. Minuchín cree que el cambio debe ser gradual y tomar en los pasos digeribles para que sea útil y duradero. Debido a que las estructuras tienden a auto-perpetuarse, sobre todo cuando hay una retroalimentación positiva, Minuchin afirma que el cambio terapéutico es probable que se mantenga más allá de los límites de la sesión de terapia.

Este trabajo de investigación está justamente centrado en familias con miembros suicidas, por ello es muy importante abordarla desde la terapia familiar estructural porque se podrá ver que estos sistemas se componen de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él. En un sistema familiar se dan los siguientes subsistemas; (A) Conyugal (B) Parental (C) Filial.

Los límites o fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros.

Los límites difusos caracterizan a las familias aglutinadas; los límites rígidos caracterizan a las familias desligadas. Las familias aglutinadas no tienen límites establecidos claramente y no saben cuál es el rol de cada uno de sus miembros. Las familias desligadas se caracterizan por límites internos muy rígidos de forma que prácticamente cada individuo constituye un subsistema. Comparten muy



UNIVERSIDAD DE CUENCA

pocas cosas y, por lo tanto, tienen muy poco en común. Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior. En este último caso, los límites exteriores se denominan fronteras. Las fronteras del sistema familiar vienen determinadas por la diferencia en la conducta interaccional que los miembros de la familia manifiestan en presencia de personas que no forman parte de la familia.

También se vera si existen las triadas que se refieren a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales. Según Minuchin, se pueden dar: (A) Triangulación: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro. (B) Coalición: Uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor; esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge. Con todo esto se evaluará a las familias investigadas para ver si son funcionales o disfuncionales en cuanto a sus interacciones familiares.

Luego de haber dedicado este capítulo completo sobre el modelo estructural, se pasará a desarrollar el siguiente capítulo con los datos obtenidos de la investigación realizada en el Hospital Vicente Corral mediante el análisis de resultados de los casos con familias con miembros con ideación y/o intento de suicidio desde el modelo estructural.



CAPITULO IV

ANALISIS SISTÉMICO ESTRUCTURAL DE LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO CON IDEACIÓN Y/O INTENTO DE SUICIDIO





METODOLOGÍA

1. Tipo de Investigación

En esta investigación se utilizó un método de corte cualitativo durante los meses de Septiembre a Diciembre del año 2011 en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, en la cual se emplearon diversas técnicas que permitieron obtener información verás y oportuna de acuerdo a los objetivos planteados en este trabajo de investigación, con la finalidad de encontrar información sobre si la familia es un coadyuvante para el apareamiento de las ideaciones y/o intentos de suicidio, los mismos que se presentan en este capítulo con sus respectivos resultados.

I. Diseño de Investigación

Objetivos:

General

- Determinar si la estructura o dinámica familiar puede ser un coadyuvante para el apareamiento de ideación o intentos suicidas desde un análisis sistémico estructural.

Específicos:

- Identificar las percepciones que tienen las familias con respecto al miembro con ideación y/o intento de suicidio.
- Evaluar la estructura familiar del sujeto potencialmente suicida
- Plantear una propuesta de prevención y capacitación a las familias basado en los criterios evaluados.

II. Procesos Metodológicos

Grupo investigado

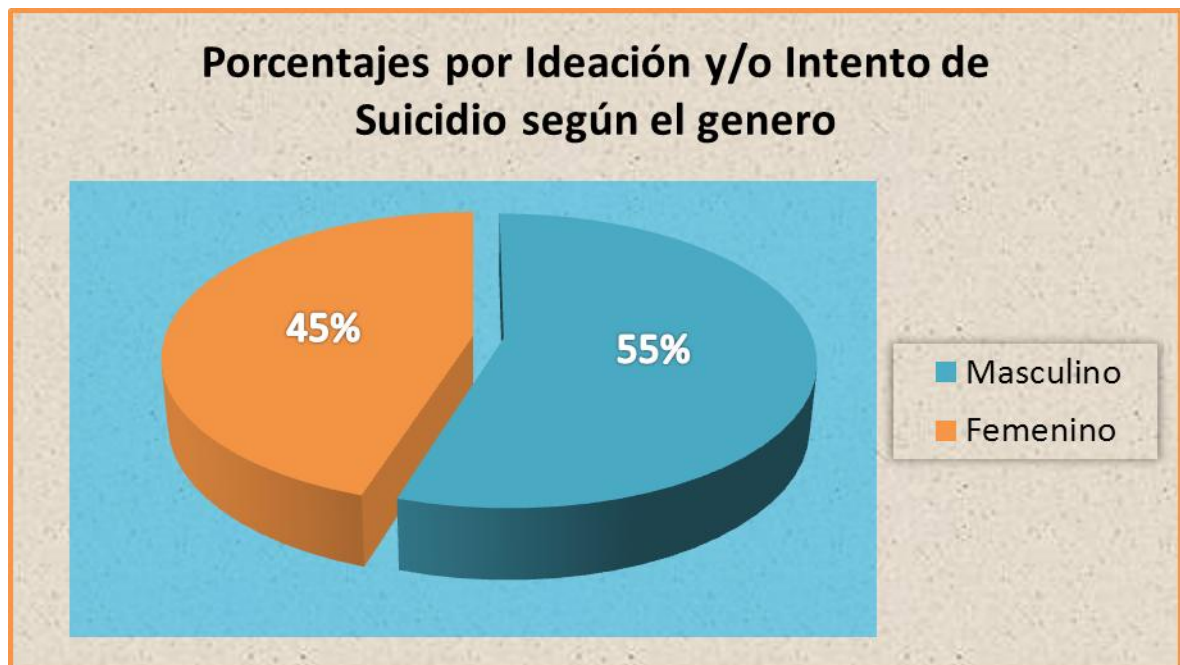


Dentro de este proceso investigativo y guiada por lo objetivos planteados se procedió a determinar el número de familias que serían investigadas, entre las cuales se seleccionó 20 familias con un miembro con ideación y/o intento de suicidio en el área de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso (Ver tablas 1 al 5).

Además se contó con el apoyo de la Directora de este trabajo de investigación y con la contraparte que es el Dr. Ismael Morocho, médico psiquiatra de dicha casa de salud.

TABLA 1: Porcentajes según el género por Ideación y/o Intento de Suicidio

Genero	# Casos	%
Masculino	11	55%
Femenino	9	45%
Total	20	100%



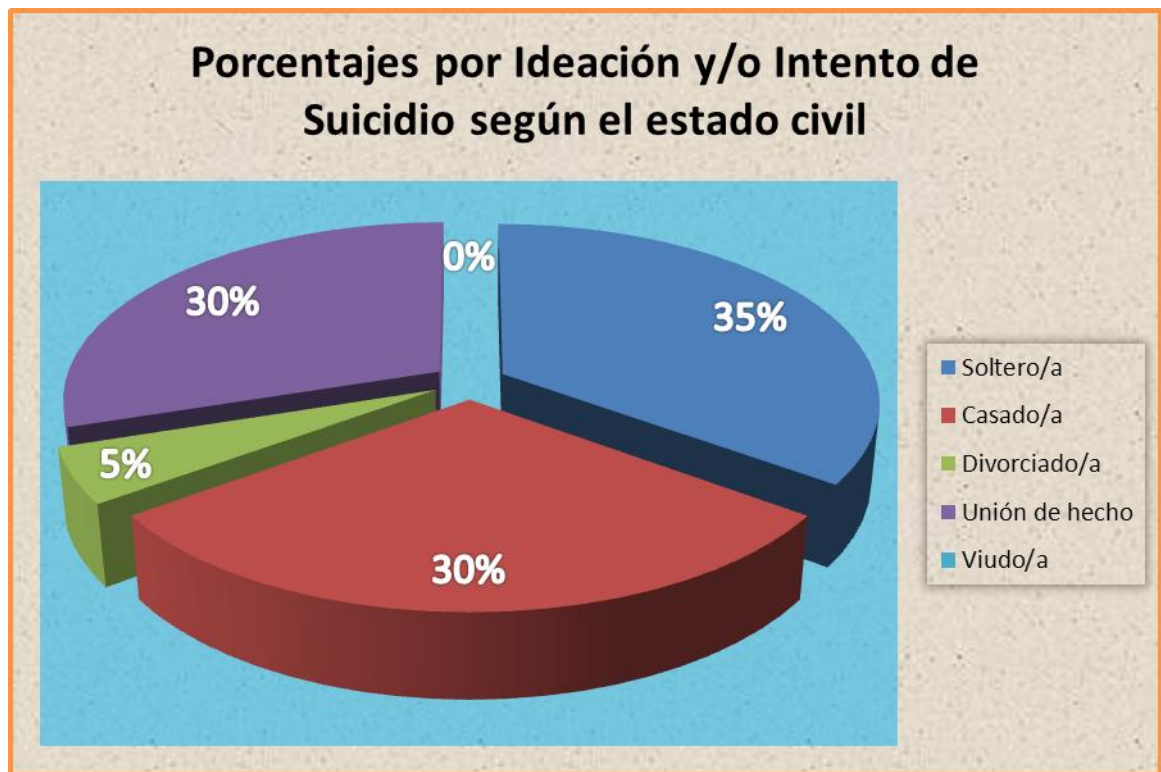
FUENTE: Hospital Vicente Corral Moscoso

DISEÑO: La investigadora



TABLA 2: Porcentajes según el estado civil por Ideación y/o Intento de Suicidio

Estado Civil	# Casos	%
Soltero/a	7	35%
Casado/a	6	30%
Divorciado/a	1	5%
Unión de hecho	6	30%
Viudo/a	0	0%
Total	20	100%



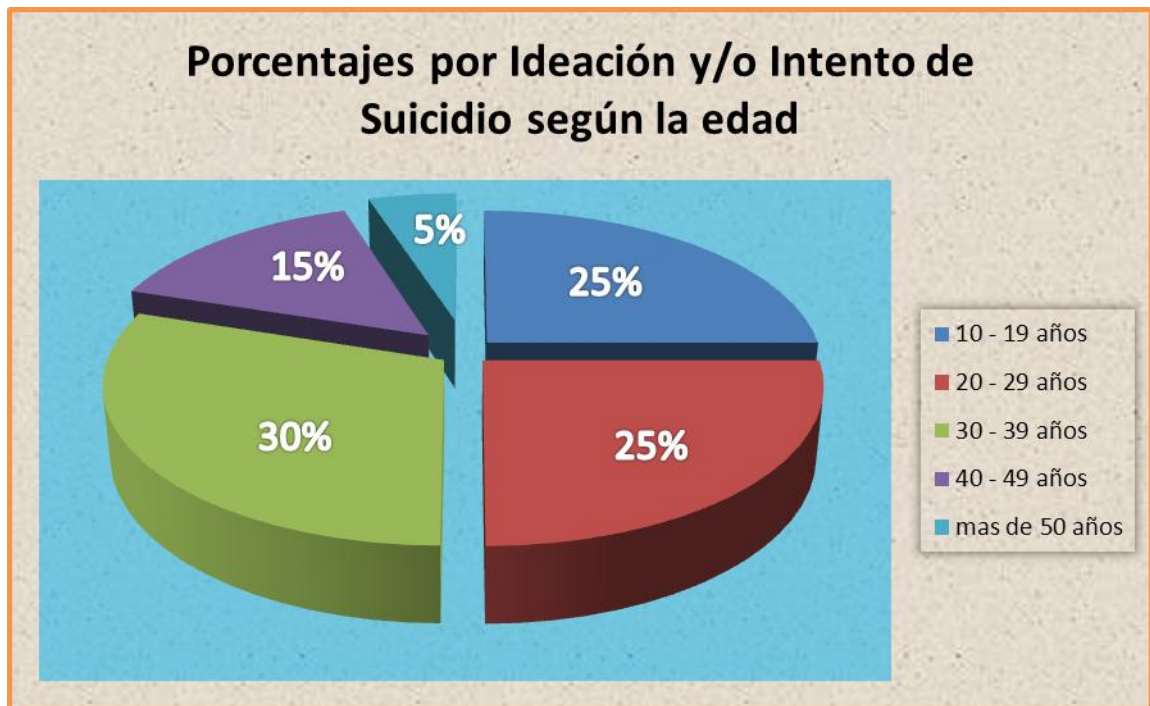
FUENTE: Hospital Vicente Corral Moscoso

DISEÑO: La investigadora



TABLA 3: Porcentajes según la edad por Ideación y/o Intento de Suicidio.

Edades	# Casos	%
10 - 19 años	5	25%
20 - 29 años	5	25%
30 - 39 años	6	30%
40 - 49 años	3	15%
más de 50 años	1	5%
Total	20	100%



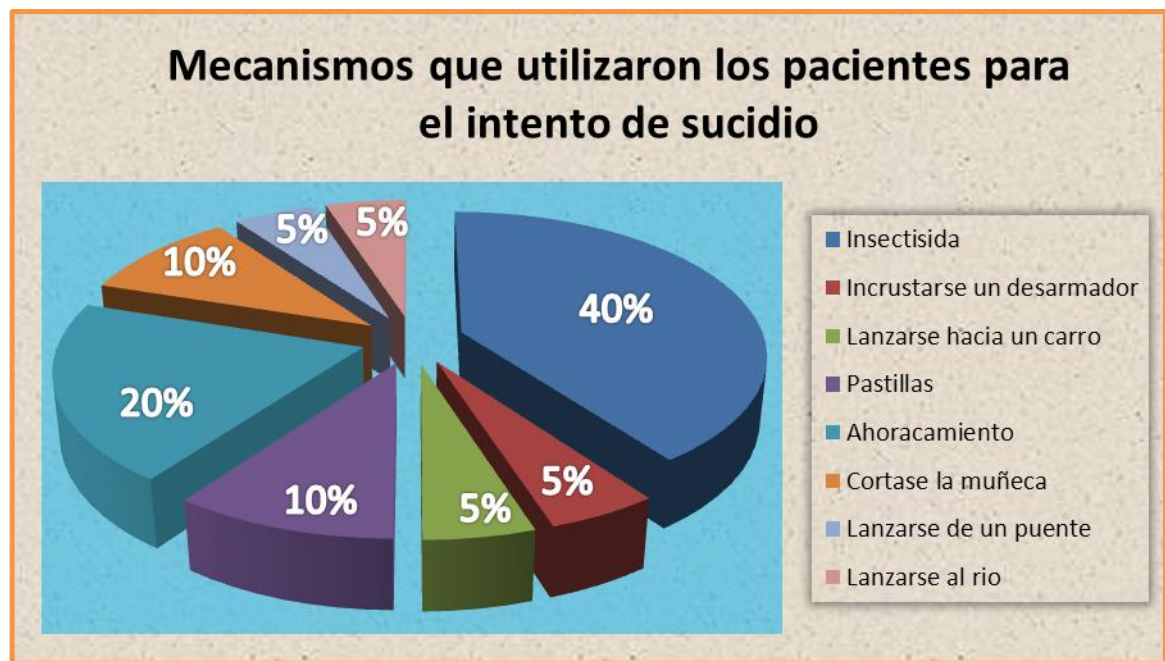
FUENTE: Hospital Vicente Corral Moscoso

DISEÑO: La investigadora



TABLA 4: Porcentajes según el mecanismo utilizado para el intento de suicidio.

MECANISMOS QUE UTILIZARON LOS PACIENTES PARA EL INTENTO DE SUICIDIO	# Casos	%
Insecticida (Perrofín)	8	40%
Incrustarse un desarmador	1	5%
Lanzarse hacia un carro	1	5%
Pastillas	2	10%
Ahorcamiento	4	20%
Cortase la muñeca	2	10%
Lanzarse de un puente	1	5%
Lanzarse al rio	1	5%
Total	20	100%



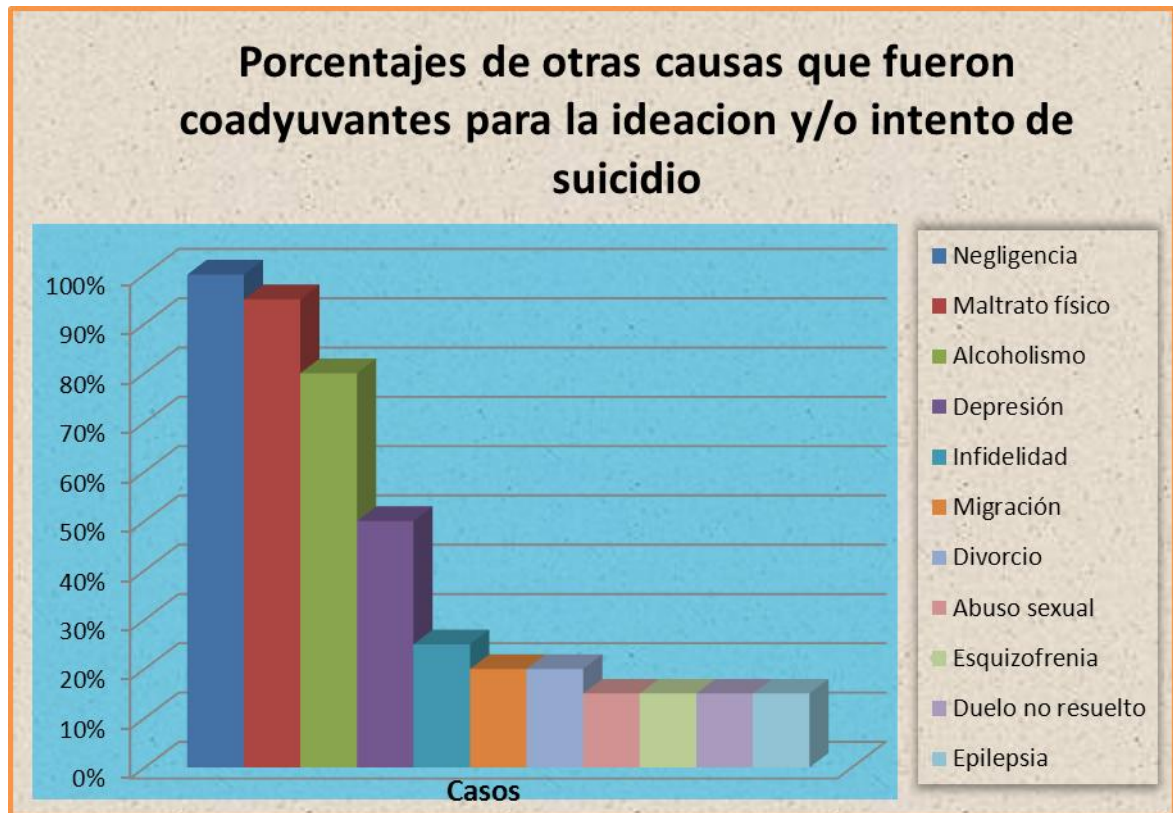
FUENTE: Hospital Vicente Corral Moscoso

DISEÑO: La investigadora



TABLA 5: Porcentajes de otros coadyuvantes para la ideación y/o intento de suicidio.

Causas	# Casos	%
Negligencia	20	100%
Maltrato físico	19	95%
Alcoholismo	16	80%
Depresión	10	50%
Infidelidad	5	25%
Migración	4	20%
Divorcio	4	20%
Abuso sexual	3	15%
Esquizofrenia	3	15%
Duelo no resuelto	3	15%
Epilepsia	3	15%



FUENTE: Hospital Vicente Corral Moscoso

DISEÑO: La investigadora

III. Instrumentos de Investigación

Para el presente trabajo de investigación, se ha considerado conveniente utilizar la Entrevistas, la Observación, Genograma y un Formulario de análisis estructural de la Familia, las mismas que permitieron conseguir los datos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos, así lo podemos observar en la siguiente tabla:



TABLA 6: Matriz del Proceso Metodológico

DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Subsistemas	*Conyugal *Parental *Filial *Individual	*Interacción Conyugal *Interacción parental *Interacción entre hermanos	Nominal Abiertas	*Entrevistas *Formulario de análisis estructural de la familia
Límites	*Difusos *Rígidos *Claros	*Familias aglutinadas *Familias desligadas *Familias Modificables	Nominal	*Entrevista *Observación

FUENTE: Hospital Vicente Corral Moscoso investigadora

DISEÑO: La

1.- Formulario de análisis estructural de la Familia

Este formulario que se utilizó en la investigación de campo, contiene los principales datos que se necesita para informarse a cerca de la Familia. Igualmente se expresa cuestiones como: La relaciones familiares interpretadas mediante un Genograma, se indaga sobre el problema actual y el cambio que se desea alcanzar, las etapas de la vida familiar, los estilos de comunicación, la familia de origen, factores que causan estrés a la familia y fortalezas familiares; en



UNIVERSIDAD DE CUENCA

donde a partir de estos datos se elabora las principales hipótesis de los casos, llevándonos a hacer una análisis estructural de las interacciones familiares. Este formulario fue destinado para 20 familias con un miembro con ideación y/o intento de suicidio, entrevistados y observados durante los meses de septiembre a Diciembre del 2011 en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

2. Resultados

Los resultados obtenidos del proceso investigativo se darán a conocer a continuación con sus respectivas interpretaciones, de acuerdo a la información obtenida en el formulario de análisis estructural, y todos estos datos, fueron aprobados durante la revisión de casos con la Dra. María del Carmen Borrero.



4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

ESTRUCTURA FAMILIAR

CASOS	ANÁLISIS DE RESULTADOS
CASO 1	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Alcoholismo, maltrato físico, negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Madre de la Paciente Límite externo: Poco permeable</p> <p>Creencias religiosas (evangelistas) llevaron a la no aceptación de la homosexualidad de la paciente (Límites rígidos), por lo que la lleva al suicidio como única salida.</p>
CASO 2	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Alcoholismo, maltrato físico, negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Esposo Límite externo: Poco permeable</p> <p>Los ataques de pánico, la depresión, la religión y la falta de apoyo familiar (límites rígidos) llevan a la paciente a las conductas suicidas.</p>
CASO 3	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Alcoholismo, maltrato físico, negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Esposo Límite externo: Poco permeable</p> <p>La anorexia, la infidelidad del esposo (límites rígidos), la migración (falta de recursos económicos) llevan a la paciente a las conductas suicidas.</p>



CASO 4	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Esquizofrenia, Alcoholismo, maltrato físico, negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia del paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Padre Límite externo: Poco permeable</p> <p>La depresión mayor y la sobreprotección de la madre (No le permite que se emancipe – Límites rígidos) llevan al paciente a las conductas suicidas.</p>
CASO 5	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Migración, negligencia, maltrato físico de los padres y abuela durante la niñez y adolescencia del paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Abuela Límite externo: Poco permeable</p> <p>El alcoholismo y las presiones económicas (Límites rígidos) llevan al paciente a las conductas suicidas.</p>
CASO 6	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Alcoholismo, esquizofrenia, negligencia, maltrato físico de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Paciente Límite externo: Poco permeable</p> <p>El alcoholismo y los celos exagerados hacia su esposo (Límites rígidos) llevan a la paciente a las conductas suicidas.</p>
CASO 7	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Alcoholismo, negligencia, maltrato físico de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Paciente Límite externo: Poco permeable</p> <p>Depresión mayor y celos exagerados hacia sus convivientes (Límites</p>



	<p>rígidos) llevan a la paciente a las conductas suicidas.</p>
CASO 8	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada Otros factores: Infidelidad, negligencia, maltrato físico de los padres durante la niñez y adolescencia del paciente.</p> <p>Actualmente: Jerarquía: Esposa Límite externo: Poco permeable La religión evangélica, las presiones de la esposa e hijas para que el paciente se divorcie y deje los bienes a la familia (Límites rígido), toda esta falta de apoyo familiar lleva al paciente a las conductas suicidas.</p>
CASO 9	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada Otros factores: Alcoholismo, maltrato físico y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia del paciente.</p> <p>Actualmente: Jerarquía: Paciente Límite externo: Poco permeable El alcoholismo lleva a sentirse ansioso y deprimido, amenaza y chantajea a su conviviente (Límites rígidos), si le contradicen intenta suicidarse.</p>
CASO 10	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada Otros factores: Migración, maltrato físico y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente.</p> <p>Actualmente: Jerarquía: Paciente Límite externo: Poco permeable La depresión mayor la lleva a sentirse desesperanzada, a la vez, amenaza y chantajea constantemente a su conviviente si se separa de ella (límites rígidos). Conviviente intentó separarse y ella acudió a las conductas suicidas.</p>
CASO	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p>



<p>11</p>	<p>Otros factores: Alcoholismo, maltrato físico y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia del paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Esposa Límite externo: Poco permeable</p> <p>El alcoholismo lleva al paciente a sentirse ansioso y deprimido, la esposa es alcohólica y es quien ordena lo que se debe hacer (límites rígidos), el paciente se siente presionado por lo que acude a las conductas suicidas.</p>
<p>CASO 12</p>	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Alcoholismo, maltrato físico y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia del paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Paciente Límite externo: Poco permeable</p> <p>El alcoholismo, la drogadicción, el Bullying, los celos exagerados y la depresión llevan al paciente a sentirse ansioso y desesperanzado, la esposa también se droga y padece de depresión por lo que las interacciones disfuncionales en su hogar y la falta de emancipación de los hogar de origen los llevan a sentirse presionados (Límites rígidos) y buscan como única salida el suicidio.</p>
<p>CASO 13</p>	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Alcoholismo, maltrato físico y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia del paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Esposa Límite externo: Poco permeable</p> <p>El alcoholismo lleva al paciente a sentirse ansioso y deprimido, la esposa le es infiel por lo que él se llegó a enterar y como su esposa quiere continuar con su relación extramatrimonial (límites rígidos), el paciente quiso suicidarse.</p>



	<p>(Límites rígidos) llevan a ésta a sentirse presionado y a buscar salida en las conductas suicidas</p>
<p>CASO 17</p>	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Alcoholismo, maltrato físico y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Esposo Límite externo: Poco permeable</p> <p>El abuso sexual, físico y psicológico que la paciente sufre en su hogar por parte del cónyuge (Límites rígidos), y la falta de apoyo y comunicación con sus hijos, llevan a la paciente a sentirse desesperanzada (depresión mayor) y a buscar la única salida mediante las conductas suicidas.</p>
<p>CASO 18</p>	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Prostitución, negligencia y abandono de los padres; y el maltrato físico de la tía durante la niñez y adolescencia del paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Paciente Límite externo: Poco permeable</p> <p>El alcoholismo y el trabajar en burdeles, llevan a la paciente sentirse presionado en el momento en que su actual pareja insiste que tiene que dejar, por lo que él, a modo de chantaje (Límites rígidos), utiliza las conductas suicidas para que le permitan trabajar porque se gana buen dinero.</p>
<p>CASO 19</p>	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Maltrato físico, migración, alcoholismo, infidelidad y negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia del paciente.</p> <p>Actualmente:</p>



	<p>Jerarquía: Padre Límite externo: Poco permeable</p> <p>El alcoholismo y la infidelidad del padre del paciente, provocan malestar en la familia pero sobre todo en el paciente, por lo que éste acude a las conductas suicidas a modo de chantaje para que el padre deje su relación extramatrimonial (Límites rígidos). Los hijos están aliados con la madre, pero sobre todo el paciente (Coalición).</p>
<p>CASO 20</p>	<p>Familia de Origen: Límites difusos Tipo de Familia: Desligada</p> <p>Otros factores: Alcoholismo, Maltrato físico, y negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente.</p> <p>Actualmente:</p> <p>Jerarquía: Madre Límite externo: Poco permeable</p> <p>Padece de Epilepsia, lesión cerebral, convulsiones y depresión por lo que la llevan a sentirse ansiosa y desesperanzada. Vive en una fundación por lo que desea ser libre y buscar a su hermano menor. Como no le permiten hacer lo que ella desea (Límites rígidos), y constantemente recuerda el abuso sexual que había sufrido, acude a las conductas suicidas.</p>



LECTURA GENERAL DEL CUADRO

SUBSISTEMAS

Conyugal: De los datos obtenidos de la Evaluación Familiar, se pudo apreciar, que en todos los 20 casos, las relaciones entre los cónyuges ya sea de la familia de origen o nuclear, no funciona la complementariedad y la acomodación mutua: No negocian, no organizan las bases de la convivencia y no mantienen una actitud de reciprocidad interna. Existen conflictos no resueltos en las relaciones conyugales, pasan en constante caos debido a que se dan interacciones no funcionales entre sus miembros y cuyas causas principales parecen ser las siguientes: Alcoholismo, maltrato físico, religión, migración, depresión e infidelidad. Los límites en este holón se presentaron muy difusos, pues la interacción en las parejas es de contradicción y conflicto frecuente frente a sus hijos, quienes a menudo intervienen en las discusiones conyugales. También no existe una simetría en el uso de poder, en la mayoría de casos la jerarquía la posee el esposo manifestándola en la autoridad que ejerce a través del cumplimiento de sus decisiones.

Parental: En la relación que establecen los padres con sus hijos aparecen límites difusos debido a que no existen reglas claras o instrucciones entre los mismos cónyuges para emitir las posteriormente a sus hijos por lo que éstos constantemente se confunden en la forma que han de llevar a cabo algunas cuestiones familiares. Dado que los hijos intervienen en las discusiones de los padres, frecuentemente toman partido en los maltratos físicos que uno de los padres propina al otro, por ello terminan haciendo alianzas y coaliciones los hijos e



hijas y la madre en contra del padre. A la vez, se pudo observar que los padres son muy rígidos con sus hijos y no les permiten realizar actividades, relacionarse con amigos o escoger parejas sentimentales.

En los pacientes identificados (intento de suicidio), se observa que su situación se encuentra bajo una alianza fortalecida en la mayoría de los casos con la madre. Ésta emite las quejas sobre el otro y los malos tratos en general, se comunican usando al paciente como intermediario y lo triangulan, pero en vez de lograr mejorar la comunicación, los pacientes terminaron afectados y presentando conductas suicidas. También se observa que el paciente identificado es expulsado, rechazado, desvalorizado, por los miembros de la familia a causa de la negligencia de los padres por problemas de alcoholismo, por la migración y la religión. La negligencia de los padres ha llevado a sus hijos a padecer de Epilepsias y crisis convulsivas, a ser abusados sexualmente, maltratados físicamente y a padecer de trastornos del estado de ánimo como es la Depresión, que posteriormente les han llevado al intento de suicidio.

La dinámica o estructura familiar es principal coadyuvante para el apareamiento de la ideación y/o intento de suicidio.

Filial: Los límites también se presentan difusos entre los hermanos. Los problemas principales son la falta de comunicación y la falta de apoyo hacia el paciente identificado. Aparecen constantes desacuerdos entre ellos porque no tienen bien definidos sus roles, no reconocen la importancia que cada miembro de la familia tiene con respecto a otro. Éstos se alían entre ellos en contra del paciente identificado.



Paciente Identificado: La persona que se expuso inicialmente como el principal de atender en este sistema, es el que intentó suicidarse. La familia en sí, no comprende el problema principal para solicitar ayuda psicológica. Cabe recalcar, que las interacciones entre los miembros presentan disfunciones que en cierta medida provocaron el síntoma en el paciente identificado, siendo como coadyuvante principal para el intento de suicidio la falta de apoyo familiar y otras causas que le acompañan como el alcoholismo, maltrato físico, negligencia, abuso sexual, religión, migración, esquizofrenia, depresión, infidelidad y epilepsia o crisis convulsivas.

Todas estas causas no se encuentran superadas y no han sido trabajadas con toda la familia, por lo que afecta a sus interacciones dentro del sistema familiar y el paciente identificado es el que se sacrifica por el resto de sus miembros.

LÍMITES O FRONTERAS FAMILIARES INTERNAS

Claros: Todas estas familias, no permiten a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones, constantemente aparecen interferencias indebidas y no permiten el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. Los límites no son definibles y no permiten la modificación. Por ello no existen límites claros.

Difusos: Tanto en las familias de origen como en la nuclear (durante la niñez o adolescencia del paciente identificado) presentan límites difusos debido a que resultan difíciles de determinar a consecuencia de que uno de los cónyuges establece las reglas según a su conveniencia y los otros miembros no saben con precisión quién debe participar, cómo y cuando deben hacerse las cosas; hay una



falta de autonomía en la relación de los miembros; existe mucha resonancia (el comportamiento de uno afecta demasiado a los otros) a tal punto que uno de ellos llega a padecer más (paciente identificado) y es el portador del síntoma, llevándolo a consecuencias disfuncionales durante su vida e incluso a presentar conductas suicidas.

Rígidos: En estas familias con miembros suicidas los límites terminan siendo rígidos para el paciente identificado, debido a que su familia le impone o le establecen situaciones que debe cumplir para pertenecer a este sistema familiar, caso contrario es aislado del grupo. Estos límites, para el paciente, son difíciles de alterar en un momento dado, y la familia no cambia sus límites cuando deben cambiar y empiezan a aparecer subsistemas muy desligados. Cada hijo hace lo que desea, sin mostrar lealtad y pertenencia.

Límite externo: Poco permeable.- El nivel de intercambio que tiene estas familias con el medio es rígido. Las reglas de interacción entre la familia y el medio ambiente son escasas, no permiten que alteren su homeostasis familiar. Son poco propensos para buscar cambios.

JERARQUÍA

En los casos 2, 3 y 17 quien tiene la jerarquía es el esposo de la paciente identificada. En cambio en los casos 8, 11 y 13 lo tiene la Esposa del paciente identificado. En otros casos, como en el 4 y 19, la jerarquía lo tiene el papá del paciente identificado. Pero en los casos 1, 16 y 20 lo tiene la mamá del paciente identificado. La abuela en el caso 5 y el abuelo en el caso 15 tienen la jerarquía en



el hogar del paciente identificado. En un solo caso como en el 14, la jerarquía lo tiene un hermano parental. Según los datos obtenidos en la evaluación familiar estructural, la mayor jerarquía la tiene el paciente identificado, así lo demuestran los casos 6, 7, 9, 10, 12 y 18. Estos miembros establecen las reglas, las hacen obedecer, toman decisiones individuales y grupales, organizan la interacción familiar de manera disfuncional a su cumplimiento y al establecimiento de consecuencias por su cumplimiento o no.

TIPO DE FAMILIA

Aglutinada: Estas familias no son aglutinadas debido a que no tienen límites establecidos claramente y no saben cuál es el rol de cada uno de sus miembros.

Desligada: Estas familias son desligadas porque sus límites internos son muy rígidos de forma que prácticamente cada individuo constituye un subsistema. Comparten muy pocas cosas y, por lo tanto, tienen muy poco en común. Es por ello que el paciente identificado se siente en la necesidad de aislarse y toma medidas drásticas como es el intento de suicidio. Las familias no piden ayuda cuando la necesitan, toleran un amplio abanico de variaciones entre sus miembros y el estrés que afecta a uno de los miembros no es registrado por los demás, termina existiendo un bajo nivel de ayuda y apoyo mutuo.



ALIANZAS – TRIANGULACIÓN

Alianzas: Se han unido, dos o más miembros del sistema familiar para obtener beneficios, ya sea por bienes económicos o para obtener el apoyo en caso de conflictos dentro del hogar, así lo demuestran los casos 17 (padre – hijo), 16 (Padre – hija), 4 y 12 (madre – hijo) y 8 (madre – hijas).

Triangulación: En el caso 13 (P.I. + hija contra madre) (madre + hijo contra padre) y 19 (P. I + madre contra padre) existe un conflicto entre dos miembros de la familia y usan a otro para perjudicarse por vía de éste. Cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro.

OTRAS CAUSAS QUE SON COADYUVANTES PARA EL APARECIMIENTO DE LA IDEACIÓN Y/O INTENTO DE SUICIDIO.

CAUSAS	CASOS	TOTAL
1. NEGLIGENCIA	* De los 20 casos estudiados se observa que en los 20 existe negligencia.	20 CASOS
2. MALTRATO FÍSICO	* De los 20 casos estudiados se observa que existe maltrato físico (pautas repetitivas de las familias de origen) a excepción del caso 19.	19 CASOS
3. ALCOHOLISMO	* De los 20 casos estudiados se observa que en los casos: 1,2, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20, existe	16 CASOS



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	alcoholismo de los padres o del paciente identificado.	
4. DEPRESIÓN	* De los 20 casos estudiados se observa que en los casos: 1, 2, 4, 5, 7, 10, 12, 15, 17 y 20, existe depresión ya sea de la familia de origen o del paciente identificado.	10 CASOS
5. INFIDELIDAD	* De los 20 casos estudiados se observa que en los casos: 3, 8, 16, 17 y 19, existe infidelidad entre los cónyuges.	5 CASOS
6. MIGRACIÓN	* De los 20 casos estudiados se observa que en los casos: 5, 3, 10 y 19, un miembro de la familia viajó fuera del país.	4 CASOS
DIVORCIO	* De los 20 casos estudiados se observa que en los casos: 8, 9, 13 y 16 se dio divorcio de los cónyuges y de alguna manera también esta relacionado con la depresión.	4 CASOS
7. ABUSO SEXUAL	* De los 20 casos estudiados se observa que en los casos: 1, 16 y 20, los pacientes identificados fueron abusados sexualmente.	3 CASOS



ESQUIZOFRENIA	* De los 20 casos estudiados se observa que en los casos: 4, 6 y 14 , padecían de esquizofrenia.	3 CASOS
DUELO NO RESUELTO	* De los 20 casos estudiados se observa que en los casos: 3, 14 y 15 , existían duelos no resueltos.	3 CASOS
EPILEPSIA/CRISIS CONVULSIVA	* De los 20 casos estudiados se observa que en los casos: 14, 15 y 20 , los pacientes identificados presentaban Epilepsia – Crisis Convulsiva y de alguna manera también estaba relacionada con la depresión.	3 CASOS

En todos los 20 casos de la evaluación familiar estructural, se pudo apreciar que la negligencia en el sistema familiar es un coadyuvante principal para la aparición de la ideación y/o intento de suicidio en el paciente identificado porque se siente solo, desamparado, desesperanzado, desvalorizado y lo ha llevado a refugiarse en el alcohol o a encontrar parejas con pautas repetitivas de su familia de origen (maltrato físico – abuso sexual) , e incluso padecen de trastornos del estado de ánimo como la Depresión. Se pudo apreciar, que los padres a causa de su alcoholismo, migración, infidelidad y divorció (Familia disfuncional), abandonaron a sus hijos y cuyo descuido llevó a estos pacientes identificados a padecer de síntomas dentro de su interacción familiar.



Los efectos emocionales inmediatos del maltrato infantil y abuso sexual — aislamiento, miedo, desconfianza— pueden tener consecuencias para toda la vida como la baja autoestima, la depresión y las dificultades interpersonales.

MECANISMOS QUE UTILIZARON LOS PACIENTES PARA EL INTENTO DE SUICIDIO

MECANISMO	CASOS																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
CAMPEÓN																		X	X	X	X
BYGÓN			X											X							
PERROFÍN	X	X	X			X	X									X					
NUVÁN									X												
RACUMÍN					X																
INTOXICACIÓN POR PASTILLAS 10 -80					X	X															
AHORCAMIENTO				X	X			X					X								
CORTADA EN LA MUÑECA DE LA MANO										X			X								
LANZARSE DE UN PUENTE				X																	
LANZARSE HACIA UN CARRO												X									
LANZARSE AL RÍO													X								
INCRUSTRARSE UN DESARMADOR												X									



GENERO Y EDADES DE LOS MIEMBROS SUICIDAS

HOMBRES	EDAD	MUJERES	EDAD
CASO 4	35 años	CASO 1	30 años
CASO 5	29 años	CASO 2	55 años
CASO 8	37 años	CASO 3	31 años
CASO 9	34 años	CASO 6	16 años
CASO 11	48 años	CASO 7	22 años
CASO 12	22 años	CASO 10	18 años
CASO 13	48 años	CASO 16	18 años
CASO 14	23 años	CASO 17	45 años
CASO 15	23 años	CASO 20	16 años
CASO 18	32 años		
CASO 19	18 años		
TOTAL = 11 Hombres	Edad comprendida entre: 18 y 48 años	TOTAL = 9 Mujeres	Edad comprendida entre: 16 y 55 años

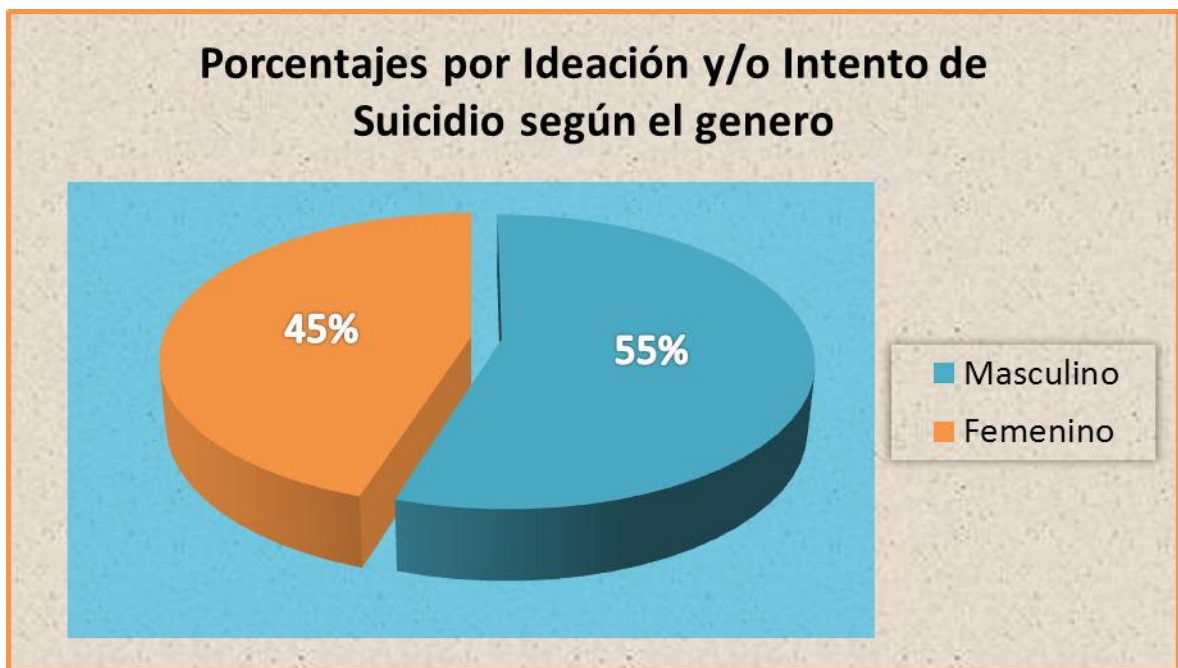
Se puede notar que los hombres son quienes intentan suicidarse más que las mujeres. El mecanismo más utilizado para suicidarse es el órgano fosforado Perrofin. La edad comprendida para el intento de suicidio es en los hombres desde los 18 hasta los 48 años edad y en las mujeres desde los 16 hasta los 55 años edad.



4.2 Análisis de datos mediante tablas con porcentajes

TABLA 1: Porcentajes según el género por Ideación y/o Intento de Suicidio

Genero	# Casos	%
Masculino	11	55%
Femenino	9	45%
Total	20	100%



FUENTE: Hospital Vicente Corral Moscoso

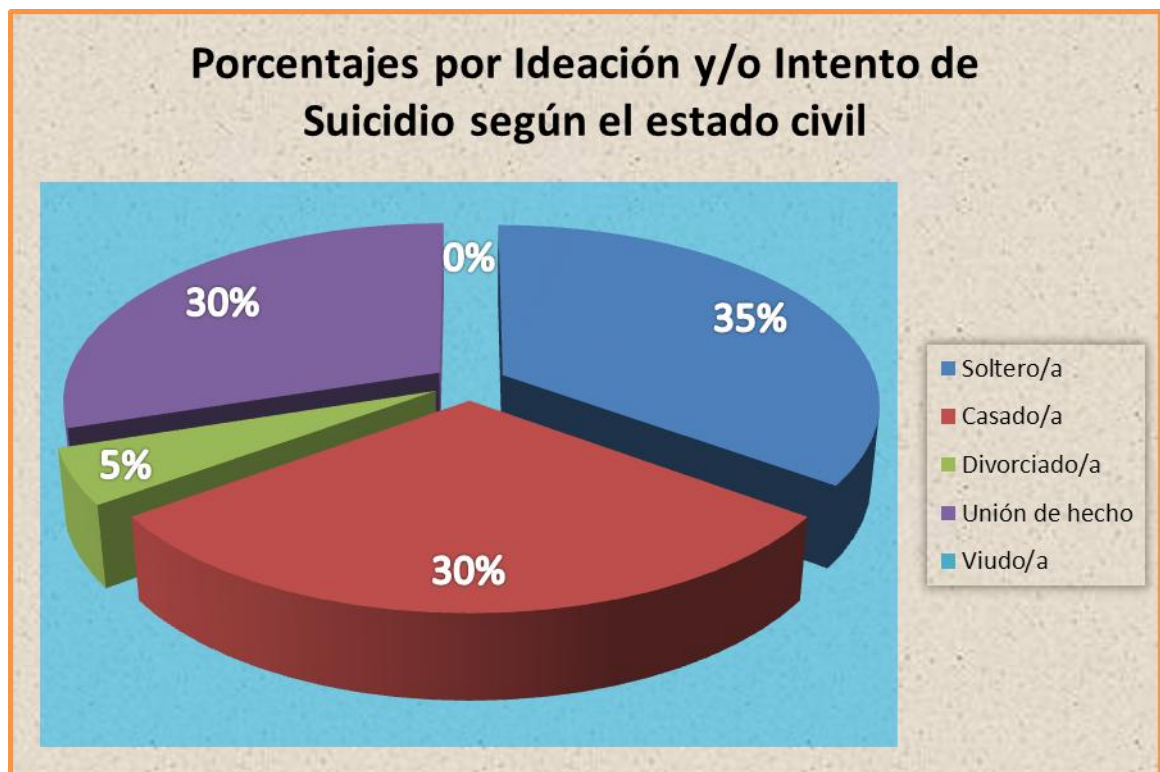
DISEÑO: La investigadora

Durante el 2009, según la revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, el 73.4% corresponde al sexo femenino. Pero ahora en la actual investigación, de las 20 familias investigadas, se puede demostrar con claridad que los hombres son los más propensos al suicidio en un 55%, que las mujeres con un 45%.



TABLA 2: Porcentajes según el estado civil por Ideación y/o Intento de Suicidio

Estado Civil	# Casos	%
Soltero/a	7	35%
Casado/a	6	30%
Divorciado/a	1	5%
Unión de hecho	6	30%
Viudo/a	0	0%
Total	20	100%



FUENTE: Hospital Vicente Corral Moscoso

DISEÑO: La investigadora

Los datos obtenidos en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en el año 2009, demuestran que el 80% corresponde al estado civil soltero, frente a 13.3% de casados y un 6.7% de unión libre.

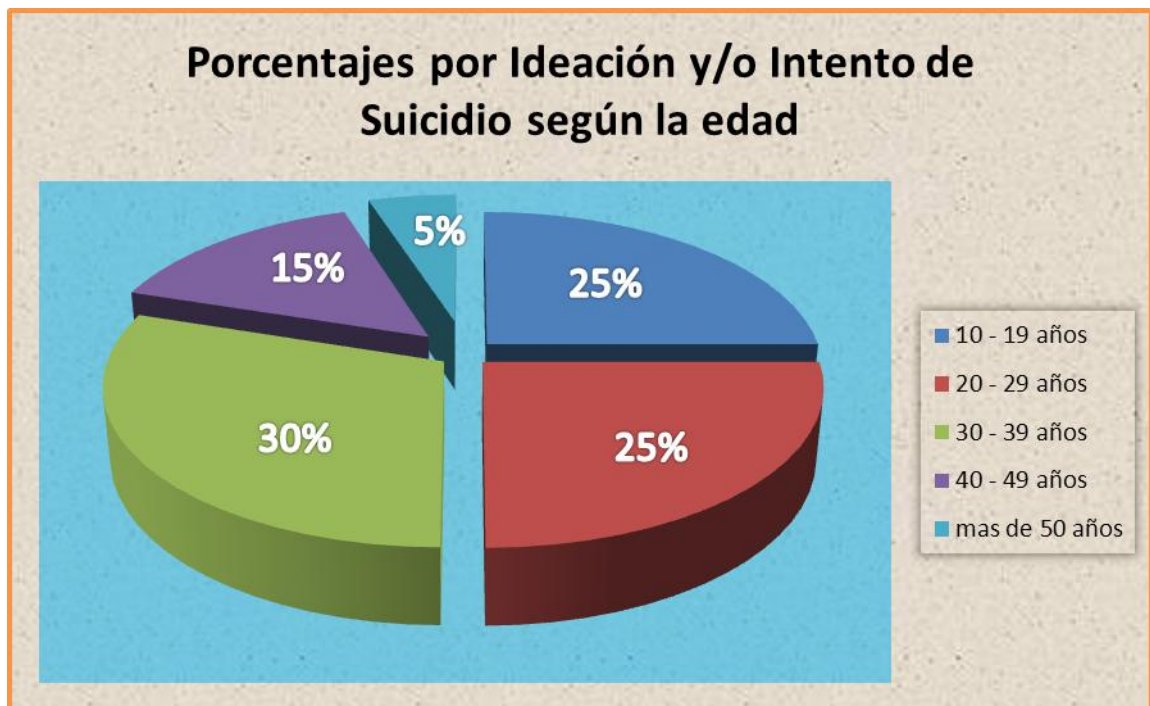


UNIVERSIDAD DE CUENCA

Se puede apreciar con claridad, que las personas que son solteras continúan siendo más propensas a las ideaciones y/o intentos de suicidio con un 35% que los casados y divorciados con un 30%, mientras tanto en un 5% en personas que se han divorciado.

TABLA 3: Porcentajes según la edad por Ideación y/o Intento de Suicidio.

Edades	# Casos	%
10 - 19 años	5	25%
20 - 29 años	5	25%
30 - 39 años	6	30%
40 - 49 años	3	15%
más de 50 años	1	5%
Total	20	100%



FUENTE: Hospital Vicente Corral Moscoso

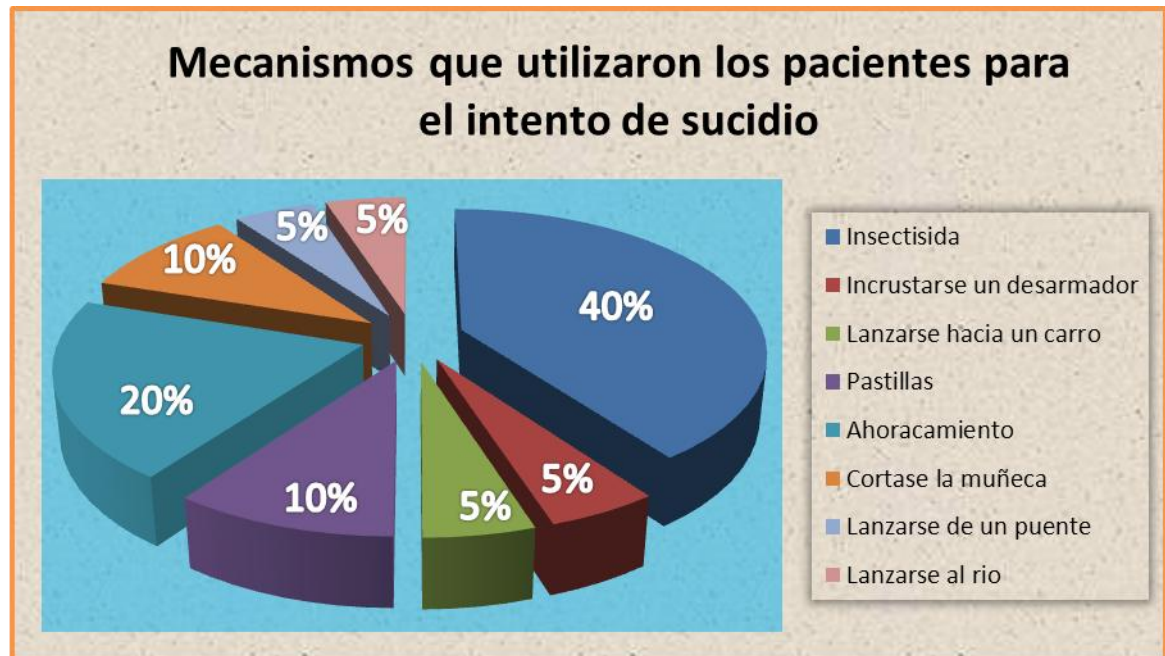
DISEÑO: La investigadora



Si comparamos con los resultados y análisis de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, del año 2009, la edad de los pacientes correspondía en 46.7% a personas entre 11 a 19 años, similar porcentaje a personas entre 20 a 45 años y el 6.7 % a mayores de 45 años. Ahora en la nueva investigación la edad más propensa para los intentos de suicidio es desde los 30 años a los 39 años de edad con un porcentaje del 30% tanto en hombres como en mujeres. Y otra edad elegida es desde los 20 años a los 29 años de edad con un porcentaje del 25%.

TABLA 4: Porcentajes según el mecanismo utilizado para el intento de suicidio.

MECANISMOS QUE UTILIZARON LOS PACIENTES PARA EL INTENTO DE SUICIDIO	# Casos	%
Insecticida	8	40%
Incrustarse un desarmador	1	5%
Lanzarse hacia un carro	1	5%
Pastillas	2	10%
Ahorcamiento	4	20%
Cortase la muñeca	2	10%
Lanzarse de un puente	1	5%
Lanzarse al rio	1	5%
Total	20	100%



FUENTE: Hospital Vicente Corral Moscoso

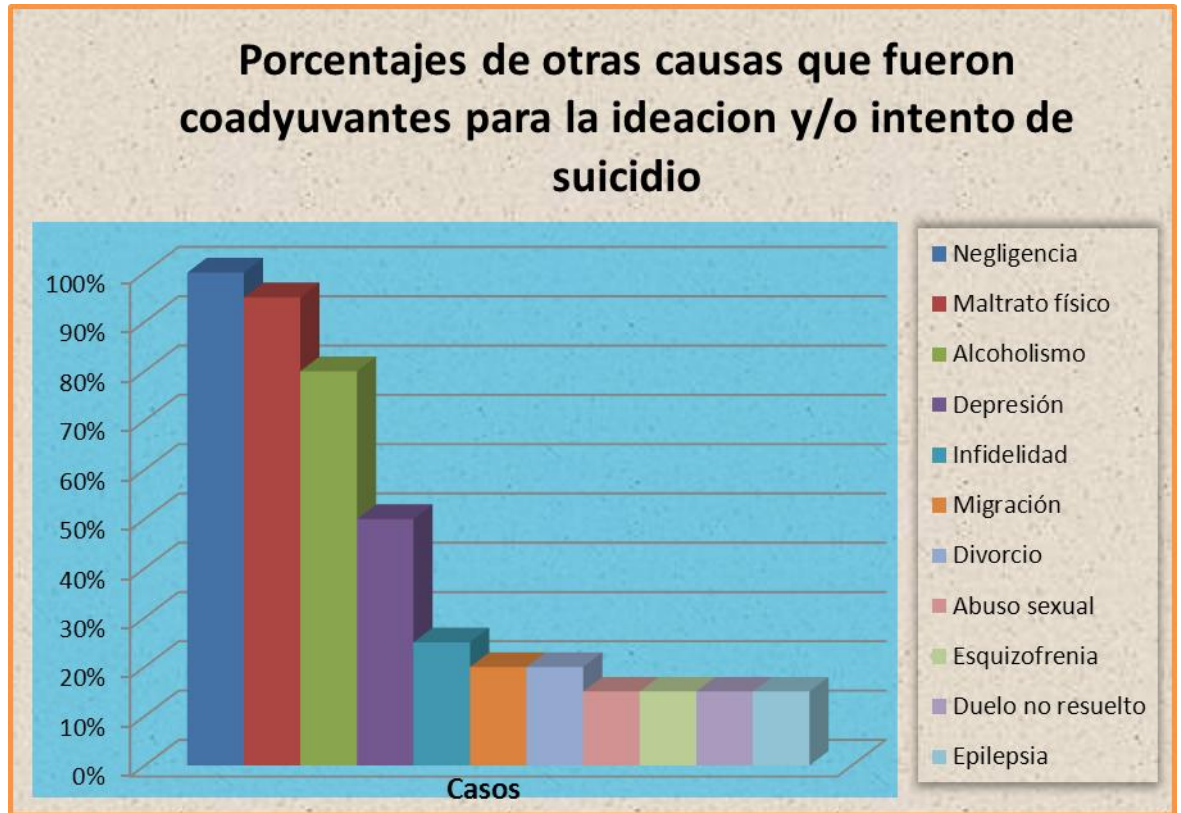
DISEÑO: La investigadora

De los 20 casos investigados, el mecanismo más utilizado por los pacientes para el intento de suicidio es el insecticida con un porcentaje del 40%, y el que le sigue es el ahorcamiento con un porcentaje del 20%.



TABLA 5: Porcentajes de otros coadyuvantes para la ideación y/o intento de suicidio.

Causas	# Casos	%
Negligencia	20	100%
Maltrato físico	19	95%
Alcoholismo	16	80%
Depresión	10	50%
Infidelidad	5	25%
Migración	4	20%
Divorcio	4	20%
Abuso sexual	3	15%
Esquizofrenia	3	15%
Duelo no resuelto	3	15%
Epilepsia	3	15%



FUENTE: Hospital Vicente Corral Moscoso investigadora

DISEÑO: La

En la Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, año 2009, se hizo hincapié en ciertos factores de riesgo que estuvieron presentes en aquellos pacientes con ideación y/o intento de suicidio. Dentro de estos factores están los conflictos familiares con un 86.7%, conflictos sentimentales o amorosos con un 60%, problemas económicos con un 46.7%, sentimientos de soledad y minusvalía con un 80%, sentimientos de desesperanza con un 86.7%, manipulación o llamado de atención con un 66.7%, duelo o sacrificio con un 6.7%, castigo, crimen, venganza con un 80% y por problemas de estudio con un 13.3%. Ahora en la nueva investigación, se pudo apreciar que la negligencia en el hogar a causa del alcoholismo de los padres, los maltratos físicos propiciados por estos



UNIVERSIDAD DE CUENCA

familiares alcohólicos, ha conducido a que sus miembros de la familia se desorganicen, formen una familia desligada y con problemas en sus interacciones familiares.

Por lo que su estructura familiar se ve desintegrada, haciéndole portador del síntoma a uno solo de sus miembros, quien se sacrifica por todos ellos, es decir, incluso empujándolo al suicidio. En todos los 20 casos analizados en este trabajo de investigación, existe negligencia por parte de los padres hacia sus hijos, es decir, el 100%. Otros coadyuvantes para los intentos de suicidio son el maltrato físico en un 90%, el alcoholismo en un 80%, depresión en un 50%, infidelidad en un 25%, migración en un 20%, divorcio en un 20%, abuso sexual en un 15%, esquizofrenia en un 15%, duelo no resuelto en un 15% y en epilepsia en un 15%.



CAPITULO V



PROPUESTA DE PREVENCIÓN Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS BASADO EN LOS CRITERIOS EVALUADOS





5.1 El suicidio y la magnitud del problema

El suicidio es ahora un problema importante de salud pública en todos los países. Facultar al personal de atención médica primaria para identificar, evaluar, manejar y remitir al suicida a un centro de salud y a la vez psicoeducar a la familia en el manejo de estas conductas suicidas ya es un paso importante en la prevención del suicidio.

Para desarrollar el modelo de prevención, se debe tener en cuenta que el fenómeno del suicidio tiene tres grandes estadios: (Eguiluz, 2010, pág. 58)

1. El suicidio consumado
2. La tentativa de suicidio
3. La ideación suicida

Estos tres estadios, que ya fueron explicados en el capítulo 1, se pueden dar de manera secuencial o aisladamente; en algunas circunstancias se pasa de la ideación suicida al acto, en otras ocurre el acto sin mediar ideación. Los tres están permeadas por un contexto social (sujeto social) y por un contexto individual (yo personal), un “Yo” que evalúa y toma decisiones salvo en el caso de un estadio psicótico o una conducta suicida derivada de un acto impulsivo, condición en la que la evaluación de las circunstancias y el acto de “decisión” debe evaluarse e interpretarse desde otra perspectiva.

En el contexto social: Interactúan o impactan de forma inmediata cuatro factores:

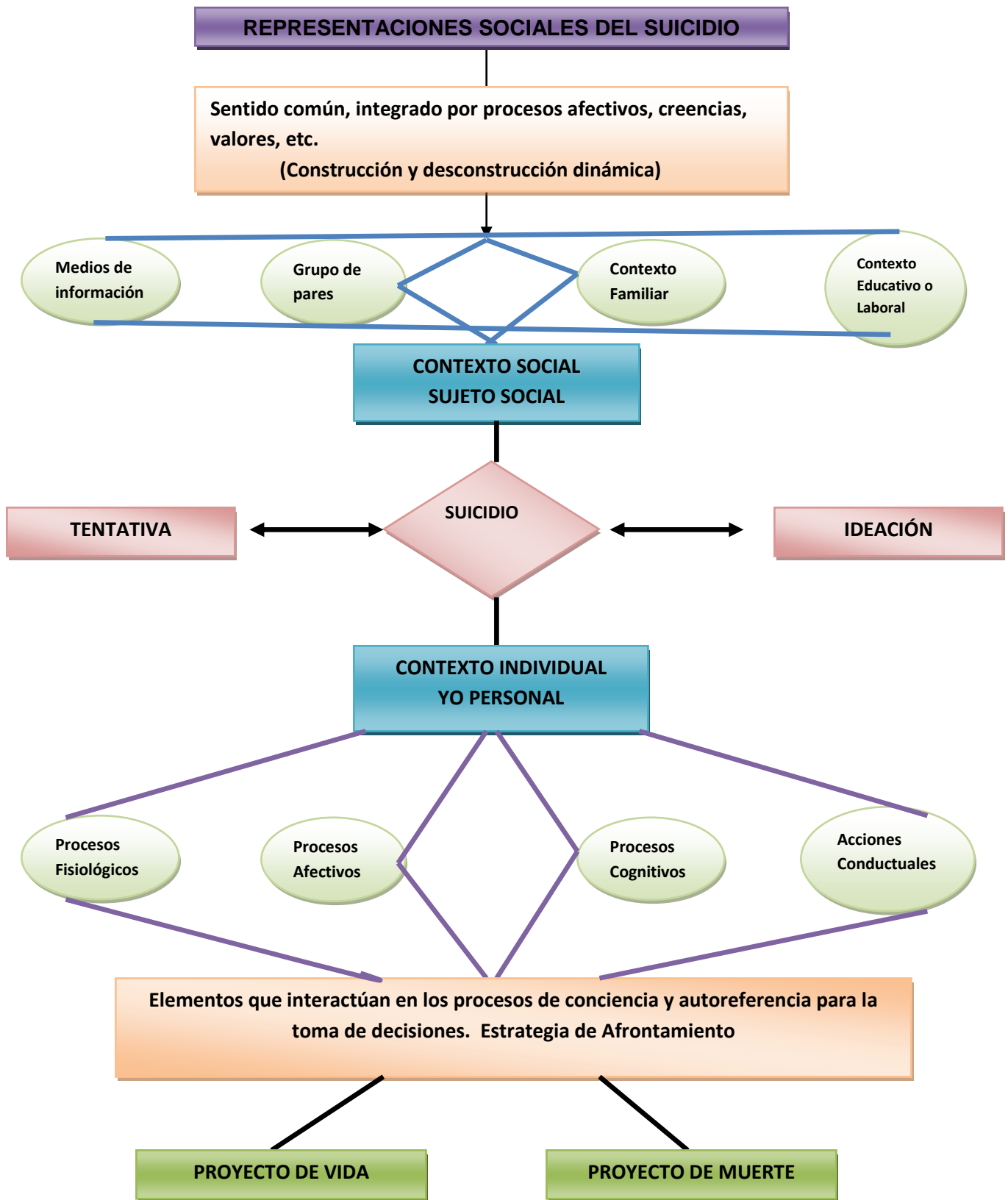
- 1) Los medios de información
- 2) Los grupos de pares
- 3) El contexto familiar directo
- 4) El contexto escolar o laboral



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Los cuatro juegan un papel importante en la configuración de las representaciones sociales del suicidio. Todos ellos están integrados por creencias y valores desde los cuales se interpretan los acontecimientos y se toman decisiones. Esta es una esfera dinámica de construcciones y desconstrucciones de acuerdo con el grupo de edad, grupo social de referencia y las reconociones derivadas de la interacción cotidiana con el álder.

En el contexto individual: Se habla de un sujeto que tiene un ser biológico con el cual enfrenta su mundo circundante, si este cuerpo es sano o enfermo, atlético o enclenque, frágil o adaptado, será o no un recurso a su favor para afrontar conflictos. En tanto que en la esfera psicológica, se dan los procesos de sentir, de pensar y de hacer, de tal manera que, los cuatro factores mencionados interactúan de forma dinámica en los procesos de conciencia y autoreferencia para la toma de decisiones; esta toma de decisiones podríamos “equipararla” a la estrategia de afrontamiento que le conduce hacia un proyecto de vida o hacia un proyecto de muerte. A partir de este esquema se desarrollan los puntos de intervención para la prevención.





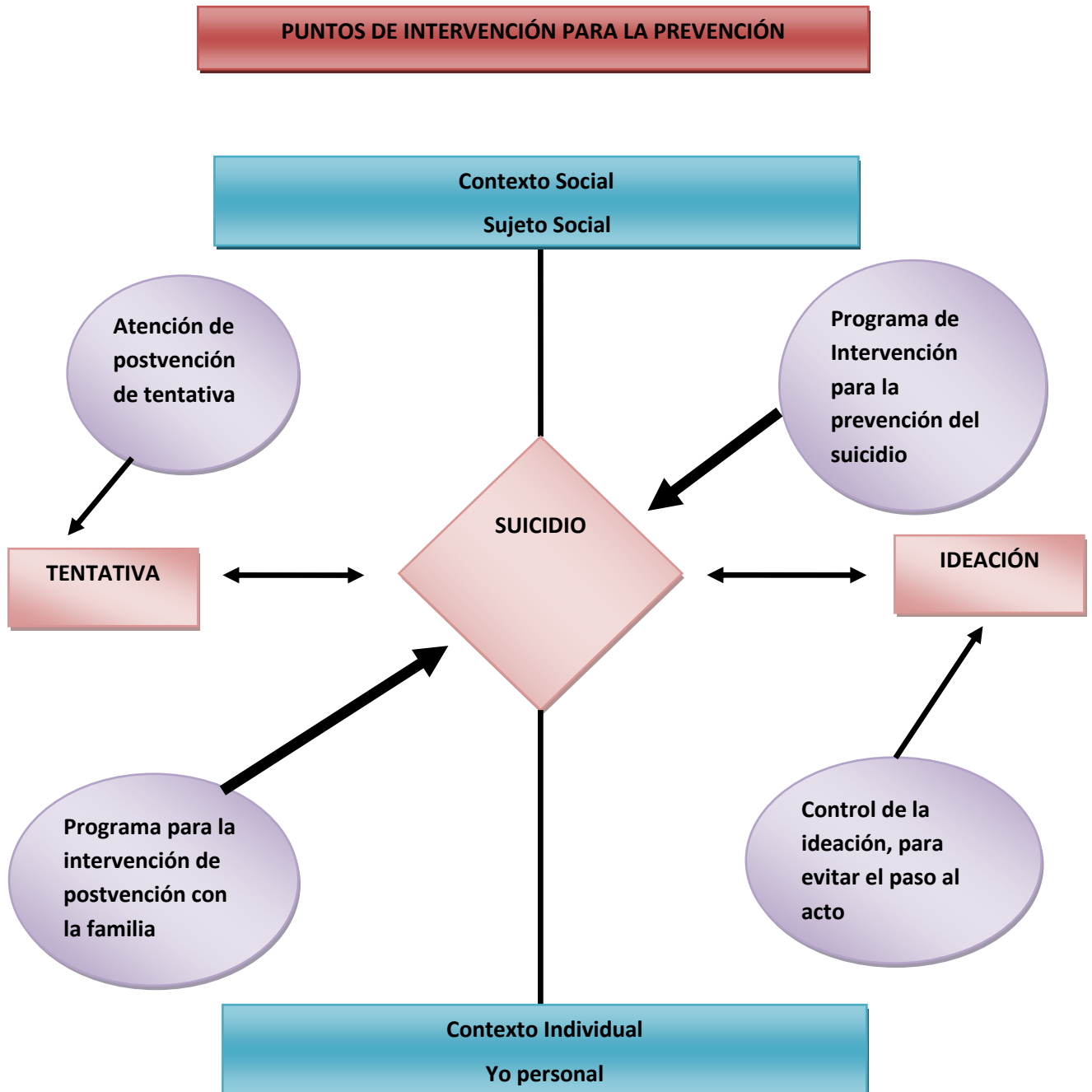
También se puede identificar tres posibles momentos, que pueden o no presentarse secuenciados, algunas personas que cometieron tentativa suicida no presentaron ideación, así como también encontramos personas que han presentado ideación suicida sin llegar a la tentativa. El primer problema que enfrentamos es la detección de riesgo suicida, este primer encuentro se puede dar en la consulta médica, psicológica o psiquiátrica a través de la expresión explícita de ideación suicida, pero no todos los sujetos en riesgo suicida lo expresan, es importante observar y preguntar sobre la presencia de ideación suicida en casos de: (Eguiluz, 2010, pág. 61)

- a) Síntomas claros de riesgo suicida por impulsos suicidas o historial de conductas autolesivas
- b) Pacientes que consultan por síntomas somáticos o emocionales asociados a un alto grado de estrés o desesperanza y que solamente admiten la ideación si se les pregunta al respecto.
- c) Personas que niegan todo tipo de ideación suicida pero que su comportamiento indica posibilidad de riesgo y que podrían presentarla más adelante
- d) Pacientes que solicitan atención tras un acto suicida o conducta autolesiva aparentemente no suicida.

Si el paciente se presenta por ideación suicida se deberá atender como una emergencia psicológica y valorar factores sociodemográficos de riesgo asociados con el paciente (Familia, estado civil, edad, género, situación laboral o de pérdida física o emocional. **En ancianos:** Jubilación, aislamiento social, actitud hostil o peyorativa, competencia de las generaciones más jóvenes, pérdida del prestigio. **En niños:** Estado de abandono, situación de maltrato, de abuso sexual, fracaso escolar, familia disfuncional, etc.)



La familia es un interlocutor importante para el aplazamiento o impedimento del acto suicida.





Como este trabajo de investigación está centrado en determinar si la estructura o dinámica familiar puede ser un coadyuvante para el apareamiento de ideación o intentos suicidas, se pudo comprobar gracias a los 20 casos expuestos aquí en este trabajo que la estructura o dinámica familiar disfuncional sí puede ser un coadyuvante para la aparición de conductas suicidas entre sus miembros. Y otros factores de riesgo tales como el Alcoholismo, la depresión, violencia física y psicológica, migración, abuso sexual, duelos no resueltos y otros trastornos como la esquizofrenia. Entonces se debe tener muy en cuenta todos estos factores para la elaboración de un programa de prevención y capacitación para las familias.

Contexto Familiar

Los factores que se debe tener en cuenta en la relación o dinámica familiar son:

- a. La existencia de una familia disfuncional.
- b. Desorganización en el conceso de normas
- c. Límites internos rígidos y límites externos poco permeables
- d. Falta de comunicación y hostilidad entre los miembros
- e. Riñas constantes
- f. Sentimientos de rechazo familiar

Otros de alto riesgo como:

- g. Violencia física y psicológica hacia los integrantes y entre la pareja
- h. Negligencia, alcoholismo y maltrato físico.

Un tercer factor como:

- i. La existencia de enfermedades mentales y comportamientos suicidas dentro de la familia



5.2 Plan de prevención y capacitación para las familias

El gran problema que tenemos es: (Eguiluz, 2010, pág. 69)

¿Cómo favorecer o entrenar para hacer de este espacio vital un espacio funcional?

Reconocemos que la comunicación, la relación y el apoyo familiar son el mejor de los recursos para el crecimiento y para el soporte de la persona en momento de crisis, es la mejor de las redes sociales cuando es funcional, por lo que, **¿Cuál es el momento o escenario más propicio para este entrenamiento?** Se debe trabajar con el concepto de “Escuela para padres de familia”, este debe ser un espacio de formación sobre el proceso de cada etapa, un espacio de crecimiento de los padres por las reconociones a partir de las experiencias de los otros padres y el apoyo profesional de los equipos psicopedagógicos o de orientación educativa en los contextos escolares.

El programa participativo para padres de familia debe contener los siguientes rubros de trabajo:

- ✓ Habilidades sociales para comunicarse y establecer redes sociales
- ✓ Evaluación y contrastación de estilos de crianza de los hijos (confrontando con su realidad y su cultura y estilos de vida)
- ✓ Proyecto de familia y proyecto de vida
- ✓ Desarrollo de habilidades para identificar y resolver problemas
- ✓ Libertad y autoestima con responsabilidad
- ✓ Prevención o identificación de conductas adictivas y de riesgo para la salud mental
- ✓ Salud e higiene mental



5.3 Mitos sobre el suicidio

La siguiente información es de mucha ayuda para la familia porque les ayudará a prevenir el suicidio de alguno de sus integrantes: (Eguiluz, 2010, págs. 150 - 151 - 152)

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
1. El que se quiere matar no lo dice	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente su propósito y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
2. El que lo dice no lo hace	Todo suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
3. Los que intentan el suicidio no desean morir, solo hacen alarde	Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de jactanciosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida.
4. Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren	Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que cometa), penalizado en el código penal vigente.



<p>5. El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso</p>	<p>Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo a fin de evitar se lleven a cabo sus propósitos.</p>
<p>6. Al hablar sobre el suicidio con una persona bajo este riesgo se le puede incitar a que lo realice</p>	<p>Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.</p>
<p>7. Acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado</p>	<p>Si el sentido común nos hace asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.</p>
<p>8. Una persona que va a suicidarse no emite señales de lo que va a hacer</p>	<p>Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurrirá.</p>



<p>9. El que intenta el suicidio es un cobarde</p>	<p>Los que intentan suicidio no son cobardes sino personas que sufren</p>
<p>10. El que intenta el suicidio es un valiente</p>	<p>Los que intentan suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que usted se quita la vida o se la respeta.</p>
<p>11. Si se reta a un suicida no lo realiza</p>	<p>Retar a un suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, en la cual predomina precisamente los deseos de autodestruirse.</p>

¿Cómo comunicarse con el suicida? (Prevención del Suicidio. Un Instrumento para trabajadores de atención primaria de salud, 2000, pág. 13)

- Escuchando atentamente, permaneciendo calmado;
- Entendiendo los sentimientos de la persona (sintiendo empatía);
- Transmitiendo mensajes no verbales de aceptación y respeto;
- Expresando respeto por las opiniones y valores de la persona;
- Hablando honesta y genuinamente;
- Demostrando interés, preocupación y calidez;
- Centrándose en los sentimientos de la persona.



¿Cómo no comunicarse con el suicida?

- Interrumpiendo con demasiada frecuencia;
- Escandalizándose o emocionándose;
- Manifestando que está ocupado;
- Siendo condescendiente;
- Haciendo comentarios indiscretos o poco claros;
- Haciendo preguntas tendenciosas.

Se requiere un acercamiento tranquilo, abierto, afectuoso, adecuado y sin juicios para facilitar la comunicación.

¿QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER? (Prevención del Suicidio. Un Instrumento para trabajadores de atención primaria de salud, 2000, pág. 19)

¿Qué hacer?

- Escuchar, mostrar empatía y permanecer calmado;
- Mostrar apoyo y preocupación;
- Tomar seriamente la situación y evaluar el grado de riesgo;
- Preguntar acerca de los intentos previos;
- Explorar posibilidades diferentes al suicidio;
- Preguntar acerca del plan de suicidio;
- Ganar tiempo, pactar un contrato;
- Identificar otros apoyos;
- Quitar los medios, si es posible;
- Tomar acción, contar a otros, obtener ayuda;
- Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.



¿Qué no hacer?

- Ignorar la situación;
- Mostrarse consternado o avergonzado y entrar en pánico;
- Decir que todo estará bien;
- Retar a la persona a seguir adelante;
- Hacer parecer el problema como algo trivial;
- Dar falsas garantías;
- Jurar guardar secreto;
- Dejar la persona sola.

5.4 Factores de riesgo de suicidio

Todo factor de riesgo identificado y ponderado se convierte en un factor protector a desarrollar en los programas de prevención. Los grupos de riesgo de suicidio son aquellos conjuntos de personas que por sus características particulares tienen mayores posibilidades de cometer un acto suicida que los que no están incluidos en ellos.

Los grupos de riesgo de suicidio son los siguientes: (Eguiluz, 2010, pág. 153)

- Depresión (en todas sus formas)
- Los que han intentado el suicidio
- Los que tienen ideas suicidas o amenazan con suicidarse
- Los sobrevivientes
- Los sujetos vulnerables en situación de crisis

Entre otros grupos de riesgo que se detectaron durante la investigación de esta tesis están:

- Alcoholismo
- Esquizofrenia
- Violencia Física
- Abuso sexual



- Migración
- Negligencia
- Infidelidad
- Divorcio

Depresión: La depresión es el diagnóstico más común en el suicidio logrado. Todo el mundo se siente deprimido, triste, solitario e inestable de vez en cuando, pero usualmente estos sentimientos pasan. No obstante, cuando persisten y perturban la vida normal usual de una persona, dejan de ser sentimientos depresivos y la condición se convierte en una enfermedad depresiva. La depresión es tratable. El suicidio es prevenible. (Prevención del Suicidio. Un Instrumento para trabajadores de atención primaria de salud, 2000, pág. 7)

Algunos de los síntomas comunes de la depresión son:

- Sentirse tristes durante la mayor parte del día, todos los días;
- Perder interés en las actividades usuales;
- Perder peso (sin hacer dieta) o ganar peso;
- Dormir demasiado o muy poco o despertarse demasiado temprano;

- Sentirse cansado o débil todo el tiempo;
- Sentirse faltar de valor, culpable o desesperanzado;
- Sentirse irritable e inquieto todo el tiempo;
- Tener dificultad para concentrarse, tomar decisiones o recordar cosas;
- Tener pensamientos reiterados de muerte y suicidio.

¿Por qué se ignora la depresión?

Aunque se cuenta con una amplia variedad de tratamientos para la depresión, existen varias razones por las cuales esta enfermedad con frecuencia no se diagnostica:



- Las personas frecuentemente se sienten apenadas de admitir que están deprimidas, ya que ven los síntomas como “una señal de debilidad”.
- Las personas están familiarizadas con los sentimientos asociados con la depresión y por lo tanto no son capaces de reconocerla como una enfermedad.
- La depresión es más difícil de diagnosticar cuando la persona presenta otra enfermedad física.
- Los pacientes con depresión pueden presentar una gran variedad de dolores y molestias vagas.

Los que han intentado el suicidio: Según algunos estudios entre 1% y 2% de los que intentan el suicidio lo hacen durante el primer año de haber realizado dicha tentativa de suicidio y entre 10% y 20% durante el resto de sus vidas. (Eguiluz, 2010, pág. 156)

Los que tienen ideas suicidas o amenazan con suicidarse: Tener ideas suicidas no necesariamente conlleva riesgo de cometer un suicidio. Cuando la idea suicida se presenta como un síntoma de una enfermedad mental con una elevada tendencia suicida, con una frecuencia creciente, una detallada planificación y en circunstancias que facilitan que se lleve a cabo, el riesgo de cometer suicidio es muy elevado.

Los sobrevivientes: Se consideran sobrevivientes, aquellas personas muy vinculadas afectivamente a una persona que fallece por suicidio, entre los que se incluyen los familiares, amigos, compañeros e incluso el médico, psiquiatra u otro terapeuta que la asistía.

Los sujetos vulnerables en situación de crisis: Este grupo está conformado principalmente por los enfermos mentales no deprimidos, entre los cuales se encuentran los esquizofrénicos, los alcohólicos y otros drogodependientes; los trastornos de ansiedad y de la personalidad, los que padecen de trastornos del impulso entre quienes sobresale el juego patológico.



Se incluye además a aquellos individuos que padecen enfermedades físicas terminales, malignas, dolorosas, incapacitantes o discapacitantes que comprometen sustancialmente la calidad de vida. Son vulnerables también determinados grupos de individuos como las minorías étnicas, los inmigrantes que no logran adaptarse al país receptor, los desplazados, torturados, víctimas de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones.

Cuando estos individuos se encuentran sometidos a una situación conflictiva o a un evento significativo que rebasa sus capacidades de resolución de problemas, pueden emerger las tendencias suicidas. Los familiares deben conocer aquellas situaciones que conllevan riesgo de suicidio para incrementar el apoyo familiar durante las mismas. Entre estas situaciones posibles, tenemos las siguientes:

I. En la infancia:

- * Presenciar acontecimientos dolorosos (Violencia Familiar)
- * Ruptura familiar
- * Muerte de ser querido que brinda apoyo emocional
- * Convivir con un enfermo mental como único pariente
- * Llamadas de atención de carácter humillante.

II. En la adolescencia:

- * Amores contrariados
- * Malas relaciones con figuras significativas (padres o maestros)
- * Excesivas expectativas de los progenitores que sobrepasan las capacidades del adolescente.
- * Embarazo no deseado
- * Embarazo oculto
- * Los periodos de exámenes
- * Amigos con comportamiento suicida o que aprueban la solución suicida
- * Desengaños amorosos



- * Fenómeno trajín
- * Llamadas de atención de carácter humillante
- * Acoso o abuso sexual por parte de figuras significativas
- * Pérdida de figuras significativas por separación, muerte o abandono
- * Periodos de adaptación a regímenes militares e internados educativos.
- * Conciencia de enfermedad mental grave.

III. En la adultez:

- * Desempleo (durante el primer año)
- * Esposa competitiva en determinadas culturas machistas
- * Escándalos sexuales en personalidades públicas (políticos, religiosos, etc.)
- * Quiebras financieras
- * Hospitalización psiquiátrica reciente
- * Egreso hospitalario por enfermedad mental grave.

IV. En la vejez:

- * Periodo inicial de la institucionalización
- * Viudez durante el primer año en el hombre y durante el segundo año en la mujer
- * Estar sometido a maltratos físicos y psicológicos
- * Enfermedades físicas que deterioran el sueño (insomnio crónico)
- * Asistencia a la pérdida de las facultades mentales

Además de los mitos, los grupos y las situaciones de riesgo, los familiares deben conocer las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios



médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc.

Se debe educar a los hijos en el aprovechamiento de las fuentes de salud mental existentes en la ciudad, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas.

Los familiares también deben saber explorar la presencia de la idea suicida de la siguiente manera:

Cómo explorar la presencia de ideas suicidas (Perez, Barrero, 2010)^{¶12} Párrafo

Varias son las maneras de abordar el tema de la ideación suicida cuando el sujeto no las manifiesta de forma voluntaria:

Primera variante. Se le puede decir lo siguiente a la persona que se supone en peligro: “Evidentemente usted no se siente bien, me he dado cuenta de eso, y desearía saber de qué forma ha pensado resolver su situación actual”. En esta variante se realiza una pregunta abierta para que el sujeto pueda expresar sus pensamientos y así poder descubrir sus propósitos suicidas.

Segunda variante. Se puede escoger un síntoma de los que más moleste al individuo y apoyándose en él, indagar sobre la presencia de ideas suicidas, como por ejemplo: “Usted me dice que apenas duerme y yo sé que cuando eso ocurre le vienen a uno a la cabeza muchos pensamientos. ¿Podría decirme en qué piensa usted cuando está insomne?”

Tercera variante. Se puede abordar al sujeto de la siguiente manera: “Durante todo este tiempo que se ha sentido tan mal, ¿ha tenido pensamientos malos?”. En esta modalidad la idea suicida se hace sinónimo de pensamientos malos, aunque también se le puede calificar de ideas desagradables, barrenillos, pensamientos raros, etc. Si la respuesta es afirmativa, se debe preguntar cuáles son esos malos



pensamientos, pues pueden ser temores infundados, miedo a enfermedades, a que le den una mala noticia, etc.

Cuarta variante. Se inicia el interrogatorio interesándose el entrevistador por la conducta suicida en la familia del sujeto, para en otro momento preguntar sobre el mismo tema, pero en el propio individuo. Sería como sigue: “Deseo saber si en su familia alguien se ha suicidado o ha intentado el suicidio. (Esperar respuesta.) ¿Usted lo ha intentado alguna vez? ¿Ahora lo está pensando hacer?”

Quinta variante. Se le puede preguntar directamente si ha pensado matarse, lo que haría como se ejemplifica: “¿Ha pensado en matarse por todo lo que le ocurre?; ¿ha pensado suicidarse?; ¿ha pensado acabar con su vida?”.

Sexta variante. En ésta es fundamental que el entrevistador conozca algún caso de suicidio entre los familiares, amigos o vecinos del individuo en riesgo, para abordarlo con lo que sigue: “¿Estás pensando solucionar tu problema de la misma manera que lo hizo Fulano, quitándose la vida?”.

Una vez determinado si la persona tiene una idea suicida, es aconsejable continuar profundizando, con esta secuencia: (Eguiluz, 2010, pág. 159)

- 1. ¿Cómo ha pensado suicidarse?** Esta pregunta intenta descubrir el método suicida. Cualquier método puede ser mortal. Se incrementa el peligro suicida si está disponible y existe experiencia familiar previa de suicidios con dicho método.
- 2. ¿Cuándo ha pensado suicidarse?** No trata de averiguar una fecha específica para cometer suicidio sino mas bien para determinar si la persona está poniendo las cosas en orden, haciendo testamento, dejando notas de despedida, regalando posesiones valiosas, la muerte de un ser querido, etc. Permanecer a solas es el mejor momento para cometer suicidio, por tanto, debe estar acompañado hasta que el riesgo desaparezca.



3. **¿Dónde ha pensado suicidarse?** Se intenta descubrir el lugar en que se piensa realizar el acto suicida. Por lo general los suicidios ocurren en los lugares frecuentados por el suicida, principalmente el hogar y la escuela o casa de familiares y amigos. Los lugares apartados y de difícil acceso, con pocas probabilidades de ser descubiertos, y los elegidos por otros suicidas, conllevan un riesgo elevado.
4. **¿Por qué ha pensado suicidarse?** Se pretende descubrir el motivo por el cual se pretende realizar el acto suicida. Los amores contrariados, la pérdida de una relación valiosa, las dificultades académicas o las llamadas de atención de carácter humillante se sitúan entre los más frecuentes. Los motivos nunca deben evaluarse a través de la experiencia del familiar y deberán considerarse significativos para el suicida.
5. **¿Para qué ha pensado suicidarse?** Se intenta descubrir el significado del acto suicida. El deseo de morir es el más peligroso pero no es el único, pues pueden referirse otras como reclamar atención, expresar rabia, manifestar a otros cuán grande son los problemas, como una petición de ayuda, para expresar frustración, para agredir a otros, etc.

Mientras más preguntas responda su familiar eso significa que la idea suicida está bien planificada y el riesgo de cometer suicidio se incrementa considerablemente. Se impone entonces la siguiente pregunta:

¿Qué hacer cuando un familiar presenta estas ideas suicidas?

- 1) Nunca dejarlo a solas mientras su familiar tenga ideas de matarse.
- 2) Evitar que su familiar tenga acceso a cualquier método que pueda ser utilizado para dañarse.
- 3) Avisar a otros miembros de la familia para que contribuyan a la observación y apoyo emocional al familiar en crisis suicida.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- 4) Acercar a su familiar en crisis suicida a las fuentes de salud mental para recibir atención especializada.

Recuerde: La crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que el objetivo fundamental es mantener a su familiar con vida hasta llegar a recibir atención especializada. Nunca olvide que: El suicidio es una muerte evitable.



CONCLUSIONES





CONCLUSIONES

Luego de haber realizado la investigación sobre si la familia puede ser un coadyuvante para el apareamiento de ideación o intentos suicidas desde un análisis sistémico estructural, se podría decir que se alcanzaron los objetivos planteados en la investigación, obteniendo las siguientes conclusiones:

- ➔ Los resultados obtenidos en el cuadro sobre la estructura familiar con miembros con ideación y/o intento de suicidio de la página 73 de este trabajo de investigación, demostraron en los 20 casos que los límites de las familias de origen siempre fueron difusos, con un límite externo poco permeable, llevándoles a formar familias totalmente desligadas, por lo que sus límites llegaron a ser rígidos y uno de sus miembros era quien se sacrificaba por esta disfuncionalidad familiar, llevándolo a sentirse presionado y a presentar conductas suicidas. Todo este análisis estructural de las familias con miembros suicidas, nos llevó a la conclusión de que la familia si es un coadyuvante para el apareamiento de la ideación y/o intentos de suicidio. A la vez, en todos los 20 casos, se presentaron otros factores que fueron coadyuvantes para las conductas suicidas, tal es el caso de la negligencia, alcoholismo, maltrato físico, esquizofrenia, depresión, divorcios, duelos no resueltos y epilepsias tanto en la familia de origen como en el paciente identificado.
- ➔ El análisis realizado en la página 79 sobre la dinámica o estructura familiar, permitieron identificar que el subsistema conyugal de éste tipo de familias con miembros suicidas no funciona la complementariedad y la acomodación mutua: No negocian, no organizan las bases de la convivencia y no mantienen una actitud de reciprocidad interna. Mientras que en el subsistema parental no existen reglas claras o instrucciones entre los mismos cónyuges para emitirlas posteriormente a sus hijos. En el filial los



límites también se presentan difusos entre los hermanos, acompañado de una falta de comunicación, lo que les lleva a aislarse en su propio mundo y a no pedir ayuda en momentos de crisis; empiezan a sentirse desesperanzados.

Los límites en estas familias con miembros suicidas son difíciles de determinar (difusos), no saben cómo actuar cada uno de los miembros de la familia a tal punto que uno de ellos llega a padecer más (paciente identificado) y es el portador del síntoma. (Familia desligada). No permiten cambios en sus relaciones, son rígidos en sus decisiones, por lo que el paciente se ve presionado y no encuentra más salida que el suicidio. Todo esto es comprobado en los libros de Salvador Minuchin acerca de este tipo de familias que tienen dificultades en su estructura familiar. (Minuchin & Fishman, H, Técnicas de terapia Familiar, 1984), por lo que una vez más se demuestra que la estructura o dinámica familiar puede ser un coadyuvante para el apareamiento de ideación o intentos suicidas.

- ➔ Todo este análisis de la dinámica o estructura familiar con un miembro con ideación y/o intento de suicidio reveló que existen problemas de interacción familiar debido a que sus relaciones son disfuncionales y manifiestan síntomas en alguno de los miembros del sistema familiar. (La familia percibe que uno de sus miembros es el causante de sus conflictos en cuanto a las relaciones e interacciones familiares). El paciente identificado presentaba como síntoma principal el intento de suicidio en todos los 20 casos, pero los factores de riesgo que acompañaban al paciente identificado durante su niñez y adolescencia fueron problemas de comunicación entre los miembros del sistema familiar, dificultad para establecer límites (límites difusos), conflictos en cuanto a la jerarquía, llevándolos a formar una familia desligada. Todo esto lo podemos demostrar desde la página 73 hasta la 83 de este trabajo de investigación.



- ➔ En los 20 casos analizados en este trabajo de investigación, también se evidenciaron otras causas que son coadyuvantes para la ideación y/o intento de suicidio como se demuestra en la página 84 y sus respectivos porcentajes en la página 93. Entre estas causas se encontró la negligencia con un porcentaje del 100%, maltrato físico con un porcentaje del 95%, alcoholismo con un porcentaje del 80% y depresión con un porcentaje del 50%. Con todo esto, se pudo comprobar que estas causas influyen en la estructura o dinámica familiar y conllevan a ser coadyuvantes para el apareamiento de la ideación y/o intento de suicidio en unos de sus miembros.

- ➔ El mecanismo más utilizado para el intento de suicidio con un porcentaje del 40% es el insecticida “perrofin” (página 92) y el género masculino con un porcentaje del 55% es el que intenta suicidarse más en la ciudad de Cuenca (Página 88). Las edades comprendidas para los intentos de suicidio son desde los 18 años hasta los 48 años de edad en los hombres y en las mujeres desde los 16 años hasta los 55 años de edad. Siendo la edad más propensa tanto en hombres como en mujeres a partir de los 30 años de edad a los 39 años de edad con un porcentaje del 30%. (Página 90)

- ➔ El enfoque estructural fue beneficioso para este trabajo de investigación porque nos brinda un tratamiento breve en casos de intervención en crisis con pacientes con ideación y/o intento de suicidio y sus familias. Permitió centrarse en las variables estructurales como son los límites y las jerarquías dentro del sistema familiar. El análisis de los datos obtenidos en las intervenciones a estas familias disfuncionales, permitió el encuadre de los principales síntomas dentro del ciclo vital de la familia, considerando que debido al estrés provocado por las transiciones evolutivas, el sistema familiar se adhiere a pautas anteriores de conducta que no se adaptan a las



UNIVERSIDAD DE CUENCA

exigencias de la etapa actual. Se tuvo que tomar en cuenta este momento evolutivo familiar y comprobar si las tareas, interacciones, límites y jerarquías corresponden a los requisitos del nuevo estadio.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RECOMENDACIONES





RECOMENDACIONES

Luego de haber realizado este trabajo de investigación en torno a que si la familia puede ser un coadyuvante para las ideaciones y/o intentos de suicidio desde un análisis sistémico estructural, y cuya investigación fue realizada en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en el área de emergencia, se recomienda lo siguiente:

- * Debido a que existe una disfuncionalidad familiar en la dinámica o estructura familiar de estas familias con miembros suicidas y una falta de apoyo hacia el paciente identificado, se debe trabajar en cuanto a límites y jerarquías dentro del sistema familiar para modificar sus interacciones familiares. Se tomará en cuenta los otros factores (negligencia, alcoholismo, maltrato físico, etc.) que llevan al suicidio para la elaboración de un programa de prevención y capacitación para las familias. El programa participativo para padres de familia debe contener habilidades sociales para comunicarse y establecer redes sociales, estilos de crianza de los hijos (confrontando con su realidad y su cultura y estilos de vida), proyecto de familia y proyecto de vida, desarrollo de habilidades para identificar y resolver problemas, libertad y autoestima con responsabilidad, prevención o identificación de conductas adictivas y de riesgo para la salud mental y por último salud e higiene mental. Se deberá sugerir el apoyo psicológico y psiquiátrico en los casos que se ameriten como por ejemplo en trastornos tales como la Esquizofrenia y la Depresión.
- * Se debe incentivar a los pacientes para que busquen apoyo psicológico, sobre todo en Terapia Familiar Sistémica. El enfoque estructural es beneficioso porque nos brinda un tratamiento breve en casos de intervención en crisis con pacientes con ideación y/o intento de suicidio y sus familias. Permite centrarse en las variables estructurales como son los límites y las jerarquías dentro del sistema familiar.



El análisis de los datos obtenidos en las intervenciones a las familias disfuncionales en el Hospital, permitió el encuadre de los principales síntomas dentro del ciclo vital de la familia, considerando que debido al estrés provocado por las transiciones evolutivas, el sistema familiar se adhiere a pautas anteriores de conducta que no se adaptan a las exigencias de la etapa actual. Este conocimiento se logró gracias al Enfoque Estructural.

- ★ Psicoeducar a las familias mediante charlas o talleres a cerca del daño que produce el maltrato físico y el abuso sexual en los hijos. Las relaciones familiares muchas veces se basan en modelos de comunicación y castigos físicos que atentan contra la dignidad, la autoestima, la integridad y el bienestar del paciente identificado. El maltrato físico atenta e inhibe el desarrollo de la autoestima y el libre desarrollo de la personalidad por lo que llevan al paciente identificado a sentirse desvalorizado y a pensar que su vida ya no tiene sentido. Lo mismo ocurre con el abuso sexual sufrido durante la niñez y adolescencia del paciente, lo lleva a perder su sentido de vivir y a acudir a las conductas suicidas debido a que presentan pobre autoestima, a una desvalorización personal, a depresiones, fobias, problemas psicosomáticos, problemas de relación con otras personas, miedo a la intimidad e incapacidad para poner límites y autoafirmarse. Por lo que se ve necesario psicoeducarnos para aprender a ser padres, mejorar nuestras relaciones familiares y respetarnos.
- ➔ Se debe promover campañas de prevención contra el alcoholismo que es otro de los factores que llevan a las disfuncionalidades familiares en nuestra sociedad cuencana. A causa del alcoholismo de los padres se produce negligencia hacia los hijos, y el vacío emocional que origina estos descuidos acompañaran el resto de sus vidas a los descendientes. El



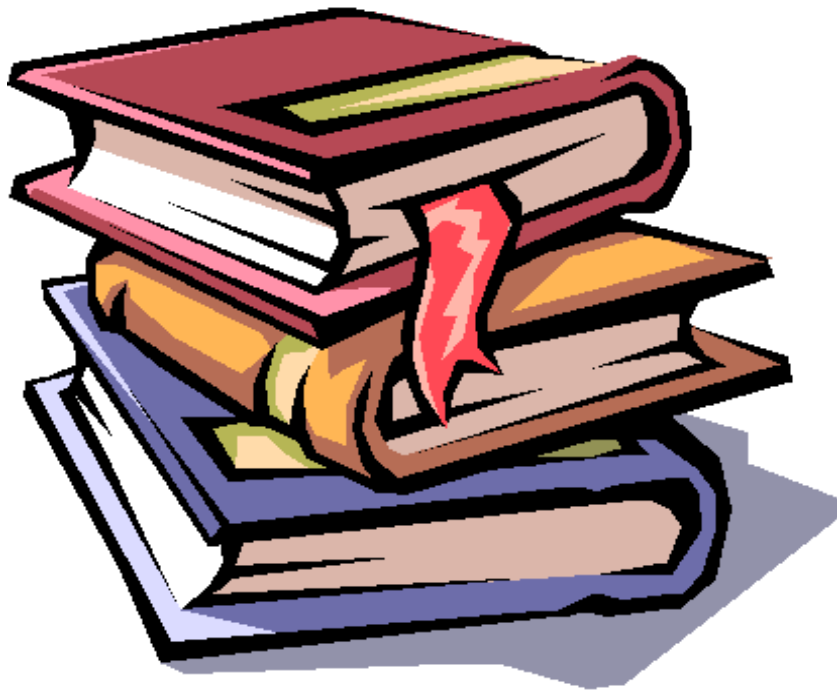
UNIVERSIDAD DE CUENCA

alcoholismo es una forma aprendida de no afrontar los problemas, de no hablar sobre ellos, por lo que el suicidio viene a ser una forma de evadir una realidad que no la saben manejar.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS





REFERENCIAS CONSULTADAS

- *Prevención del Suicidio. Un Instrumento para trabajadores de atención primaria de salud.* (2000). Obtenido de Organización Mundial de la Salud. Ginebra:
http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- *Cuenca, más intentos de suicidio.* (2007). Obtenido de www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/cuenca-mas-intentos-de-suicidio-278182-278182.html
- *Cuenca, más intentos de suicidio.* (2007). Obtenido de www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/cuenca-mas-intentos-de-suicidio-278182-278182.html. Año. 2007
- *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia.* (2009). Obtenido de
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/apartado09/apartado09.pdf
- *Guía de Prácticas Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia.* (2009). Obtenido de
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/apartado09/apartado09.pdf
- *Duelos Complicados.* (2010). Obtenido de <http://www.pluspsicologia.com/es/duelos-complicados.html>
- Acero, Rodriguez, P. D. (2008). *Aproximaciones a la Experiencia del Proceso de duelo por la Muerte de la Pareja. Cuatro estudios comprensivos.* Bogotá, Colombia.: Impresión: Universidad Manuela Beltrán. Primera Edición.
- Biscotti, O. (2011). *Intervención Psicosocial Familiar. Clases de la Maestría en Intervención Psicosocial Familiar.* Cuenca.
- Borrero, M. C. (2011). *Intervención en Crisis. Clases de la Maestría en Intervención Psicosocial Familiar.* Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Canda, Moreno, F. (1999). *Diccionario de Pedagogía y Psicología.* Madrid - España: Brosmac.
- Cibanal, L. (2008). *Estructura Familiar.* Obtenido de *Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar:* http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_4.htm



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Cibanal, L. (2008). *Estructura Familiar*. Obtenido de Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_4.htm
- Cibanal, L. (2010). *Genograma Familiar*. Obtenido de INTRODUCCION A LA SISTÉMICA Y TERAPIA FAMILIAR: http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_8.htm
- Cibanal, L. (2010). *Genograma Familiar*. Obtenido de INTRODUCCION A LA SISTEMICA Y TERAPIA FAMILIAR: http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_8.htm
- Eguiluz, L. L. (2010). *¿Que podemos hacer para evitar el suicidio?* México: Pax México.
- Flores, S. D. (2010). *DUELO. PSIQUIATRIA*. Obtenido de Universidad de Antioquia. Medellin, Colombia: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple6a.html>
- Hershman, C. (2007). *Terapia Familiar Estructural de Salvador Minuchin*. Obtenido de <http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.venant-counseling.com/structuralfamilytherapy.html>
- Hoy, D. (2007). *Cuenca, mas intentos de suicidio*. Obtenido de www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/cuenca-mas-intentos-de-suicidio-278182-278182.html
- Juan , A. (2007). Primeras Jornadas Nacionales de Suicidiología. Discurso sobre Aspectos Biológicos del Suicidio. CUENCA.
- León, Vega, V. (2011). PROGRAMA DE MODELO ESTRUCTURAL SISTÉMICO EN INTERVENCIÓN FAMILIAR. Clases de la Maestría en Intervención Psicosocial Familiar. CUENCA.
- Minuchin, S. (1982). *FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR*. Buenos Aires - Argentina: Gedisa S.A.
- Minuchin, S. (1984). *Calidoscopio Familiar. Imágenes de violencia y curación*. Barcelona - Nuenos Aires : Ediciones Paidós.
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Obtenido de www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
- Minuchin, S., & Fishman, H, C. (1984). *Técnicas de terapia Familiar*. Barcelona - Buenos Aires - Mexico: Paidós.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Minuchin, S., & Nichols, M. (1993). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación.* . Barcelona - Buenos Aires : Paidós.
- Minuchin, S., & Nichols, M. P. (1993). *La recuperación de la Familia. Relatos de esperanza y renovación.* Barcelona - Buenos Aires: Paidós.
- Montalvo, J. (2011). Modelos de Intervención (TERAPIA ESTRUCTURAL). *TECNICAS DE TERAPIA FAMILIAR* (págs. 80 - 132). CUENCA: PAIDÓS.
- Montoya, Carrasquilla, J. (2008). *PÉRDIDA AFLICCIÓN Y LUTO.* Medellín, Colombia: Impreso en Litoservicios. Primera Edición.
- Montoya, Carrasquillo, J. (2008). *PERDIDA, AFLICCIÓN Y LUTO.* Medellín, Colombia: Impreso en Litoservicios. Primera edición.
- Ortega, E. (2007). Primeras Jornadas de Nacionales de Suicidiología. Discurso sobre Factores de Riesgo - Adolescencia y Suicidio. Cuenca.
- Pérez, Barrero, A. (2010). *Factores de Riesgo Suicida en la Niñez.* Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/ninez.shtml>
- Perez, Barrero, S. (2010). *Manejo de la Familia de un Suicida.* Obtenido de http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/manejo-de-la-familia.pdf
- Perez, De Armiño, K. (2006). *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo.* Obtenido de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/228>
- Pinos, A. G., & Morocho, M. I. (ABRIL 2009). Características Demográficas, psicológicas y familiares del paciente con conducta suicida. Hospital "Vicente Corral Moscoso". Cuenca. *REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. UNIVERSIDAD DE CUENCA. VOLUMEN 28, 55.*
- Psiquiatría, P. . (2010). *Palabras claves del suicidio.* Obtenido de www.psiquiatria-paidopsiquiatria.com
- Sahún, D. (2005). *Seminario de Psicopatología descriptiva y fenomenología. Servicio de Psiquiatría.* Obtenido de Hospital Universitario Miguel Servet: <http://sites.google.com/site/ildiasahun2/elsuicidioseg%c3%BAndiccionariodea.porot>

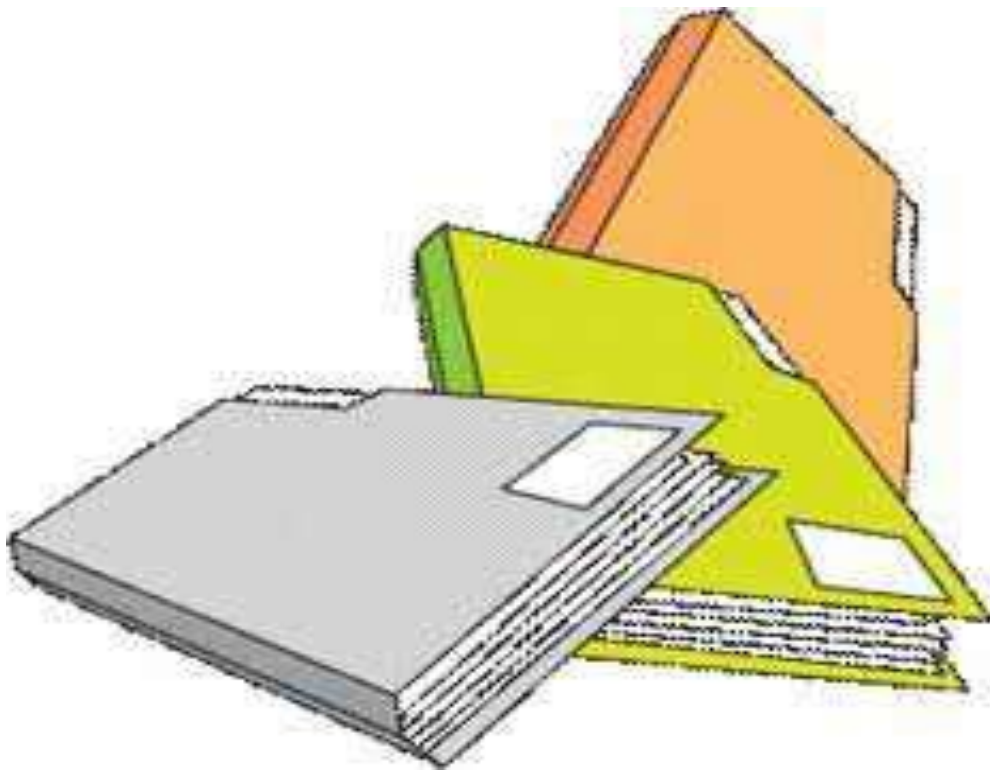


UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires - Argentina: JCE Ediciones.
- Worden, W. (1991). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.



ANEXOS





UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 1.

PROTOCOLO DEL TABAJO DE INVESTIGACIÓN



FACULTAD DE JURISPRUDENCIA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y ORIENTACIÓN FAMILIAR

MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR

TITULO: “Análisis Sistémico Estructural de las Familias con un miembro con ideación y/o intento de suicidio. Hospital Vicente Corral Moscoso. 2011 - 2012”

Protocolo de Tesis

AUTORA: Ps. Cli. Jessica Vanessa Quito Calle

DIRECTORA: Dra. María del Carmen Borrero

Cuenca, Ecuador

Julio, 2011



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La problemática del suicidio ha sido rodeada históricamente por un halo de misterio y desconocimiento que origina en investigadores y neófitos sentimientos y actitudes ambivalentes de atracción y rechazo hacia el tema y múltiples interrogantes: ¿por qué lo hizo?, ¿fue un acto impulsivo o premeditado?, ¿las personas más allegadas no pudieron percatarse de la intención?, ¿influyeron en su conducta los que le rodeaban? Actualmente el suicidio ocupa un lugar cada vez más importante entre las primeras causas de muerte en el ámbito mundial y americano con un incremento de su tasa entre la población de jóvenes y adolescentes, aunque en los últimos años también se observa esta tendencia en la tercera edad.

La tasa mundial de suicidios es de 14,5 X 100.000 habitante. (1 DEFUNCIÓN CADA 4º SEG), siendo la décima causa de muerte en el mundo, en los jóvenes es la segunda causa de muerte sobre todo en China entre las edades de 15 a 35 años. Dentro de las principales causas tenemos que un 90% se debe a enfermedades mentales y un 76% de estos pacientes con trastornos mentales no reciben atención. Otros factores relacionados con el comportamiento suicida están los biológicos, los rasgos de personalidad, problemas psicosociales y ambientales e historia familiar genética. (Juan , 2007)

“En Ecuador, el fenómeno ha ido en aumento, según reportes estadísticos de la Policía Nacional y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Mientras en 1995, la tasa de suicidios era de 4,8% en un total de 100.000 personas, en el año 2000 se reportó la mayor emigración de ciudadanos, con la salida de 148.367 personas. Un estudio realizado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), indica que las provincias con la tasa más alta de suicidios son Azuay, Cañar, Carchi, Imbabura, Pichincha y Morona Santiago. Precisamente Azuay, Cañar y Pichincha son poblaciones donde se registra una alta migración en relación a otras provincias.



Las estadísticas muestran que diciembre es el mes con más suicidios por depresión, sobre todo en muchos pacientes con trastorno bipolar, que es un estado de ánimo caracterizado por la presencia de manifestaciones extremas de ánimo: la depresión y la manía. Dos tercios de los pacientes deprimidos exhiben ideas suicidas, 10% - 15% de los pacientes deprimidos se suicidan.” (Hoy, 2007)¶6 Párrafo

En Cuenca, se puede notar que entre las principales causas del suicidio están la ruptura de la familia debido a la migración; la violencia intrafamiliar expresada en maltratos físico, psicológico y sexual; y la depresión. El índice de suicidio en la provincia del Azuay ha aumentado entre los años 1.994 y 2008 como así lo demuestran las últimas estadísticas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Los casos se registran principalmente en el rango de 15 a 35 años de edad, pero se dan en todos los estratos sociales y económicos. En el CRA, durante el año 2005 se revisaron 213 historias clínicas de los adolescentes entre 14 y 21 años ingresados en los servicios de Psiquiatría general y Adicciones, (2000 – 2005), donde se pudo notar que el 21,5% de los adolescentes ingresados al CRA han tenido intento o ideación suicida.

El porcentaje más alto se encuentra entre las edades de 16 y 19 años y en varones es mayor con el 4%, en los dos últimos años el número de intentos se ha duplicado. El 32,8 % son consumidores de alcohol y drogas y el 31.9% está relacionado con trastornos afectivos en su mayoría depresivos (Ortega, 2007)

En otra investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso se observó que las personas que más intentan suicidarse son mujeres con 51% de la población y en los hombres con un 49% comprendido entre edades de 16 a 35 años procedentes de la zona rural con un 46% y de la zona urbana con un 38%.



Ante estos datos encontrados se puede decir que nos enfrentamos a un problema social significativo en donde se plantea lo siguiente:

1. *¿Cuáles son los factores de riesgo que acompañan a la familia con un miembro con ideación y/o intento de suicidio?*
2. *¿Cómo es la estructura o dinámica familiar cuando existe un miembro con ideación y/o intento de suicidio?*

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Determinar si la estructura o dinámica familiar puede ser un coadyuvante para el apareamiento de ideación o intentos suicidas desde un análisis sistémico estructural.

Objetivos Específicos:

- Identificar las percepciones que tienen las familias con respecto al miembro con ideación y/o intento de suicidio.
- Evaluar la estructura familiar del sujeto potencialmente suicida
- Plantear una propuesta de prevención y capacitación a las familias basado en los criterios evaluados.

METODOLOGÍA

a) Tipo de estudio y diseño general

Se realizará un trabajo de investigación en el Hospital Vicente Corral Moscoso con familias que tengan un miembro con intento y/o ideación suicida para analizar si la estructura o dinámica familiar puede ser un coadyuvante para el apareamiento de



la ideación o intentos suicidas desde un análisis sistémico estructural. La terapia estructural nos permite el conocimiento de la función o disfunción de la estructura familiar, revisa sus límites, sus coaliciones, sus subsistemas para detectar posibles dificultades en el sistema de las familias investigadas.

Se tratará de encontrar una muestra favorable de familias para obtener los datos necesarios para esta investigación. El análisis de los respectivos datos será de forma Cualitativa (Fenomenológica), a través del desarrollo de la teoría a partir de datos, es decir, una teoría fundamentada en la investigación.

b) Definición de las variables

VARIABLES	CONCEPTO
1) El suicidio	Suicidio: Es aquella acción por la cual una persona acaba con su propia vida
2) Acto suicida	Acto suicida.- Es un hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
3) Idea suicida	Ideación Suicida.- Son los pensamientos, planes o deseos persistentes de un sujeto a cometer suicidio.
4) Intento de suicidio	Intento de suicidio.- Es un acto suicida detenido en su camino y cuyo resultado no fue la muerte, supone un fracaso material de la intencionalidad de la muerte.



DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Desencadenantes	*Razones Pasionales *Problemas económicos	*Carta Póstuma *Amenaza Previa *Ingresos de la Familia	Nominal Abiertas	*Entrevistas * Formulario de análisis estructural de la familia
Mecanismo	*Ahorcamiento *Raticida *Arma de fuego *Precipitación *Arma Blanca *Medicamentos	*Actitudes *Pensamientos *Palabras *Expresiones faciales	Nominal	Entrevista Observación

VARIABLES	CONCEPTO
1) Terapia Familiar Sistémica	La familia es vista como un sistema cibernético, auto organizativo en el cual todos los elementos se vinculan entre si y cuyo problema actual cumple una función específica para el sistema familiar. El contexto social es considerado importante para el sistema.
2) Categorías sistémicas de las familias con antecedentes suicidas	Se debe a una falta de cohesión en las familias con miembros con ideación o intentos suicidas, porque pertenecen a familias rígidamente desvinculadas, es decir, que se caracterizan en cuanto a cohesión por una muy alta independencia de los miembros de la familia, sus lazos familiares externos son abiertos, los internos son cerrados; los generacionales rígidos. Con coaliciones débiles utilizadas como escapatorias. Tiempo separado de la familia al máximo (física y emocionalmente), amigos individuales y toma de



	<p>decisiones también individuales. En cuando a la adaptación, se caracterizaron por estilos pasivo-agresivos de interacción, con un líder autoritario, con negociaciones limitadas, pobre resolución de problemas, rigidez de roles y estereotipos de éstos. Así como demasiadas reglas explícitas y pocas reglas implícitas. Cuando la estructura del grupo familiar se transforma, las posiciones de los miembros en ese grupo se alteran en consecuencia, así todos los individuos experimentan cambio.</p>
3) La familia	<p>Grupo de convivencia basado en el parentesco; sus miembros están ligados por sangre o por afinidad, lo cual crea una serie de relaciones, obligaciones y emociones. Es un grupo primario por su característica de ser natural, pequeño en número de miembros, con fuertes lazos de cohesión, intimidad y afectividad.</p>
4) Familias Vulnerables	<p>Son aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar.</p>
5) Terapia Familiar estructural	<p>Se basa en el concepto normativo de familia sana o funcional. Insiste especialmente en los límites entre los subsistemas familiares y en el establecimiento y mantenimiento de una jerarquía clara, basada en la competencia parental para decidir todos los asuntos relacionados con la familia. Así mismo, Minuchin establece que en la estructura familiar se pueden identificar los límites, los cuales “están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia, tienen la función de proteger la diferenciación del sistema”. Muchos problemas conductuales se deben a una disfunción familiar, es por ello que deben estar claras las funciones básicas de la familia,</p>



es decir tanto en la Comunicación, Afectividad, Apoyo, Adaptabilidad, Autonomía, Reglas y normas de convivencia.

Los límites o fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Ejemplo: Las reglas que se aplican a la conducta de los padres (subsistema parental) suelen ser distintas de las que se aplican a la conducta de los hijos (subsistema filial). Así, normalmente los padres tienen más poder de decisión que los hijos, éstos son los destinados a establecer las reglas y normas dentro del sistema familiar. Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Los límites difusos caracterizan a las familias aglutinadas; los límites rígidos caracterizan a las familias desligadas.

La terapia familiar estructural se ocupa de los problemas dentro de una familia, trazando las relaciones entre los miembros de la familia, o entre los subgrupos de la familia. Estas cartas representan la dinámica del poder, así como los límites entre los diferentes subsistemas. El terapeuta familiar observa las interacciones de los miembros de la familia, advirtiendo las reglas y formas de gobierno a las que está sometida la organización de la familia.



DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Subsistemas	*Conyugal *Parental *Filial *Individual	*Interacción Conyugal *Interacción parental *Interacción entre hermanos	Nominal Abiertas	*Entrevistas *Formulario de análisis estructural de la familia
Límites	*Difusos *Rígidos *Claros	*Familias aglutinadas *Familias desligadas *Familias Modificables	Nominal	*Entrevista *Observación

c) Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión

El grupo seleccionado para la investigación serán las familias que tengan un miembro con ideación y/o intento de suicidio, la muestra será entre 7 a 10 familias debido a que esta conducta suicida es muy delicada de tratar y son personas poco propensas para colaborar por temores sociales u otros.



d) Intervención Propuesta

Responsable de la Intervención	Ps. Cli. Jessica Vanessa Quito Calle
Lugar de la intervención	Hospital Vicente Corral Moscoso
Actividades a realizarse	<ul style="list-style-type: none">➤ Se realizará entrevistas.➤ Luego se elaborará el Genograma.➤ Se llenará un Formulario de análisis estructural de la familia➤ Se realizará el Mapa Estructural de cada familia➤ Se elaborará una propuesta de intervención y capacitación a las familias.



e) Procedimientos para la recolección de información e instrumentos

Procedimientos para la recolección de información	Instrumentos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas ▪ Genograma ▪ Análisis del contenido y los procesos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mapa Estructural ▪ Formulario de análisis estructural de la familia

f) Plan de análisis de los resultados

✓ Métodos y modelos de análisis de los datos

VARIABLES	ANALISIS DE DATOS	TÉCNICAS DE ANÁLISIS
1. El suicidio 2. Acto suicida 3. Ideación suicida 4. Intento de suicidio	<i>Cualitativa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Familiar Sistémica. • Entrevista individual sistémica. • Formulario de análisis estructural de la familia
1. Terapia Familiar Sistémica. 2. Categorías sistémicas de las familias con	<i>Cualitativa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas. • Técnicas del modelo estructural. • Formulario de análisis



<p>antecedentes suicidas.</p> <p>3. La familia.</p> <p>4. Familias Vulnerables</p> <p>5. Terapia Familiar estructural</p>		<p>estructural de la familia</p> <ul style="list-style-type: none">• Genograma.• Análisis del contenido y de los procesos.• Informe de análisis estructural.• Propuesta de intervención y capacitación a las familias.
---	--	---

REFERENCIAS CONSULTADAS

- 1) ACERO, Rodríguez Paulo Daniel. “Aproximaciones a la Experiencia del Proceso de duelo por la Muerte de la Pareja. Cuatro estudios comprensivos”. Impresión: Universidad Manuela Beltrán. Primera edición. Bogotá, Colombia. 2008
- 2) CANDA, Moreno Fernando. “Diccionario de Pedagogía y Psicología”. Editorial Brosmac. Madrid – España.1999
- 3) Clases de la Maestría. “Modelos de Intervención” (TERAPIA ESTRUCTURAL). Dr. José Montalvo. 2010
- 4) Clases de la Maestría. “Bases Técnicas de la terapia familiar I y II. “Intervención en Crisis” Dra. María del Carmen Borrero. 2011
- 5) Clases de la Maestría. “PROGRAMA DE MODELO ESTRUCTURAL



UNIVERSIDAD DE CUENCA

SISTÉMICO EN INTERVENCIÓN FAMILIAR” Psicóloga Clínica Valentina León Vega, Especialista en Terapia Familiar. 2011

- 6) Clases de la Maestría. “Intervención Psicosocial Familiar”. Dr. Omar Biscotti. 2011
- 7) CRESPO, Mario. “Terapia Familiar Estructural”. Boston. 1984.
- 8) DE ZUBIRÍA, Samper Miguel. “Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes – Un manual para que sus hijos vivan mejor”. Editorial Aguilar. Bogotá, Colombia. 2007
- 9) EGUILUZ, Luz de Lourdes. “¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?”. Editorial PAX MÉXICO. 2010
- 10) MINUCHIN, Salvador, FISHMAN, H. Charles. “Técnicas de terapia Familiar”. Ediciones Paidós. Barcelona-Buenos Aires-México. 1984
- 11) MINUCHIN, Salvador. “FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR”. Editorial Gedisa S.A. Buenos Aires – Argentina. 1982.
- 12) MINUCHIN, Salvador. “Calidoscopio familiar. Imágenes De violencia y curación”. Ediciones Paidós. Barcelona-Buenos Aires. 1984
- 13) MINUCHIN, Salvador, NICHOLS, Michael, P. “La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación”. Ediciones Paidós. Barcelona-Buenos Aires. 1993.
- 14) MONTOYA, Carrasquilla Jorge. “PÉRDIDA AFLICCIÓN Y LUTO”. Impreso en Litoservicios. Primera Edición. Medellín, Colombia. 2008
- 15) PINOS A., Guido y MOROCHO M., Ismael. Características Demográficas,



UNIVERSIDAD DE CUENCA

psicológicas y familiares del paciente con conducta suicida. Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca. REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. UNIVERSIDAD DE CUENCA. VOLUMEN 28. ABRIL 2009.

- 16) SIMON, B.F. STIERLIN, H y WYNNE, L.C. “Vocabulario de Terapia Familiar”. Editorial Gedisa. S. A., Barcelona – España. 1993.
- 17) STIERLIN, Helm. “TERAPIA DE FAMILIA” La primera entrevista. Ediciones GEDISA, S.A. Barcelona – España. 1981
- 18) WAINSTEIN, Martín. “Intervenciones para el cambio”. JCE Ediciones. Buenos Aires – Argentina. 2006
- 19) WORDEN, William. “El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia”. Ediciones Paidós. 1991.

REFERENCIAS VIRTUALES

- 1) BOTELLA, Luis y VILAREGUT, Anna. Terapia Familiar Sistémica. La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución. 2010. Disponible en: <http://jmonzo.net/blogeps/terapiafamiliarsistemica.pdf>
- 2) Centro de Salud Zona V-B Albacete. El Paciente Suicida. Fiesterra 2011. Disponible en: <http://www.fiesterra.com/guias2/suicida.asp>
- 3) CIBANAL, Luis. Estructura Familiar. INTRODUCCIÓN A LA SISTEMICA Y TERAPIA FAMILIAR. 2008. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_therap_famil_4.htm



- 4) [CIBANAL, Luis. Genograma Familiar. INTRODUCCION A LA SISTÉMICA Y TERAPIA FAMILIAR. 2010. Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_8.htm](http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_8.htm)
- 5) EGUILUZ, Luz de Lourdes. Perspectivas Sistémicas. LA NUEVA COMUNICACIÓN. Ideación suicida. Artículos “on line”. 2003. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm>
- 6) Duelos complicados. 2010. Disponible en: <http://www.pluspsicologia.com/es/duelos-complicados.html>
- 7) FLÓRES, S.D. Duelo. Psiquiatría. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 2010. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple6a.html>
- 8) Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/apartado09/apartado09.pdf
- 9) Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. 2012. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado09/suicidio.html
- 10) HERSHMAN, Christopher. Terapia Familiar Estructural de Salvador Minuchin. 2007. Disponible en:



<http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.covenant-counseling.com/structuralfamilytherapy.html>

- 11) Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Disponible en: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
- 12) PEREZ, De Armiño Karlos. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. 2006. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/228>
- 13) PÉREZ, Barrero Sergio Andrés. “Psicoterapia para Aprender a Vivir”. 2010. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/psicoterapia/suicidio1.shtml>
- 14) PÉREZ, Barrero Andrés. Factores de riesgo suicida en la niñez. 2010. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/ninez.shtml>
- 15) PÉREZ, Barrero Sergio. Manejo de la Familia de un Suicida. 2010. Disponible en: http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/manejo-de-la-familia.pdf
- 16) Prevención del Suicidio. Un Instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2000. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf



ANEXO 2.

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

Estudiante Intervencionista:

CASO:

Sesión:

Fecha:

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Nombres:

Edad

Ocupación

Padre:

Madre:

Relación; Matrimonio ()

Unión libre ()

Otro: ()

Hijos:

Relaciones de familia reformuladas (número de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.)

Asisten a terapia:

Remitida por:



GENOGRAMA.

1. PROBLEMA ACTUAL:

CAMBIO DESEADO:

- 2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)**
- 3. ETAPA DE LA VIDA FAMILIAR (noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)**
- 4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)**
- 5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)**
- 6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (relaciones fuera de la familia nuclear: comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)**



7. FORTALEZAS FAMILIARES

8. CONDICIONES FISICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (ganancias con el síntoma, función del síntoma)

11. EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, etc.).

FIRMA TERAPEUTA

FECHA.....

**ANEXO 3.****PRESENTACIÓN DE CASOS**

Las siguientes evaluaciones familiares estructurales están basadas en los datos obtenidos de las familias de los pacientes con ideación y/o intento de suicidio, atendidos en el área de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2011 - 2012

CASO 1**FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA****DATOS GENERALES DE LA FAMILIA**

FECHA: Cuenca, 27 de Septiembre del 2011	
Nombre del paciente: R. L. Z. (+)	
Edad: 30 años	
Nombre del Padre: M. Z.	Nombre de la madre: R. A. Q.
Edad del padre: 56 años	Edad de la madre: 49 años
Ocupación: Padre: Zapatero	Madre: Ama de casa
RELIGION: Padre: Evangelista	Madre: Evangelista
Número de hijos (orden de nacimiento) y edades 1. S. Z. – 32 años 2. S. Z. – 27 años 3. Z. Z. – 25 años 4.H. Z. – 22 años 5. V. Z. – 20 años	Ocupación - estado civil. 1. EE. UU - Soltero 2. Quehaceres Domésticos - Divorciada 3. Quehaceres Domésticos – Madre Soltera 4. Zapatero – Casado (1 hija) 5. EE. UU – Soltero
Fecha de matrimonio de los padres: No se acordaban	Otros miembros de la familia que vivan en el hogar: Nieto (12 años) hijo de la paciente
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ El cabo – Paute – Provincia del Azuay
Teléfonos:	➤ Casa: 3050196



UNIVERSIDAD DE CUENCA

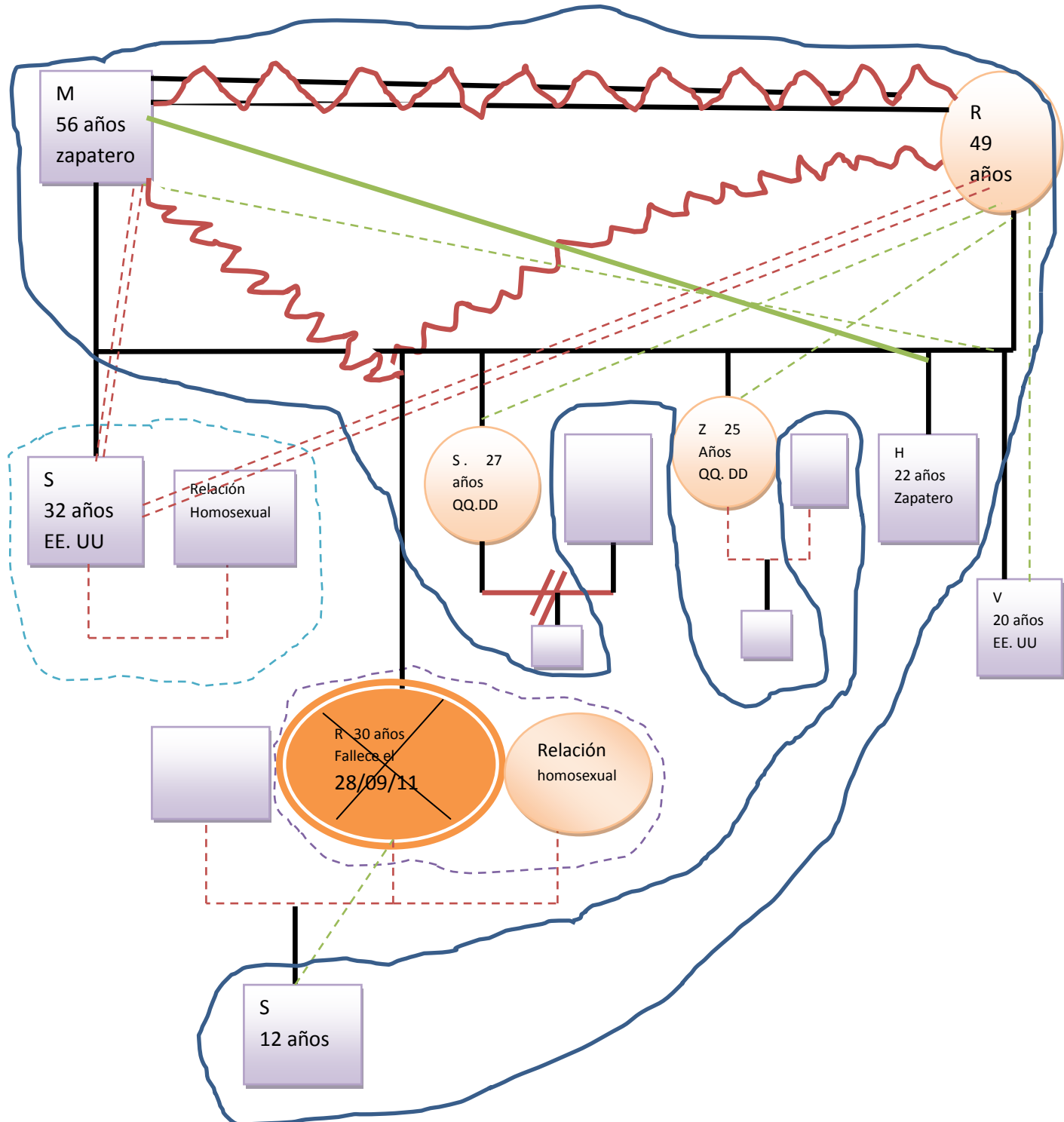
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.) R. tiene un hijo, cuyo padre no se sabe quién es porque se quedó embarazada cuando conformaba una pandilla. Actualmente convivía con su pareja homosexual.

Asisten a terapia: El padre, la madre y una amiga de R.

Remitida por: R. es ingresada por una amiga al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por intento de suicidio con perrofín.



GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

R: Ingiere una dosis elevada de órgano fosforado (Perrofín) porque la familia no aceptaba que sea lesbiana y también porque su pareja homosexual no quiso continuar viviendo con ella. El veneno le produce paro cardiorrespiratorio por lo que es intervenida en seguida. Le impide hablar.

R. (madre): Manifiesta que su hija por ser lesbiana está en pecado mortal y por eso se quiere quitar la vida, incluso se habían cambiado de religión toda la familia (son evangelistas) para que ella siga el camino correcto, o no la dejará entrar en su casa con su pareja homosexual. R. desearía que su hija se case con un hombre y que se preocupe por su hijo de 12 años. Quiere saber la manera de cómo hacerla mujer y no una lesbiana.

M. (Padre): No está de acuerdo que su hija sea lesbiana, y tampoco está de acuerdo en la manera cómo Rosa trata a su hija. El desea que su hija regrese a su casa con su hijo de 12 años, que sea evangelista, que ame a Dios y que así la aceptara tal y como es. Pero también quiere saber la manera de cómo hacer que su hija sea normal y no lesbiana.

Amiga de R: Menciona que la paciente se quejaba de los malos tratos de su familia, y que no la dejaban entrar con su pareja a la casa de los padres, por lo que ella constantemente decía que se quiere suicidar. Su pareja homosexual termina la relación con R. indicando que estaba confundida de su relación y que necesitaba tiempo, por lo que la paciente no lo toleró e intentó quitarse la vida con alcohol y perrofín. Informa también que R. a la edad de los 8 años de edad fue violada por un tío político y nunca pudo comentar a sus padres. (Se enteraron en este momento). La amiga de R. desea que la dejen vivir como es ella, que le permitan ver a su hijo y que la



dejen regresar a su casa.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

La madre de R. ha intentado mejorar la situación de su hija buscando apoyo en los retiros que hacen los evangelistas. Le ha llevado constantemente a sesiones de sanación, pero su hija no ha tomado conciencia en cuanto a su conducta lésbica, sin embargo deja el alcohol, la droga y las pandillas a las cuales la paciente pertenecía. Luego la madre la maltrató físicamente cuando se enteró que quería traer a su casa a su pareja homosexual pensando que así iba a entrar en razón. El padre de R. también se hace evangelista para dejar el alcohol junto con su esposa y a la vez para ayudar a su hija a salir del pecado. Posteriormente toda la familia se hace evangelista a excepción de R. (paciente) y S. (hermano de paciente) quien también es homosexual porque Dios está en contra de sus conductas. Los padres les mandan sacando de su casa para que la homosexualidad no influya en el resto de la familia.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos jóvenes adultos

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

R: Hablaba directamente sobre sus conductas homosexuales a su familia y amigos. También su expresión verbal era agresiva (según familiares y amiga de la paciente), sino la hacían caso se irritaba con facilidad y se encerraba días enteros con su hijo en el cuarto.



R (madre): Se comunica de manera agresiva, exaltada y directa con su esposo Manuel y con el resto de familiares. Siempre está a la defensiva. Habla con agresividad al momento de expresar las conductas homosexuales de su hija R. Incluso su lenguaje no verbal muestra agresividad y autoritarismo cuando mira a su hija en la camilla del Hospital. Mencionando que cuando salga de allí le va a propiciar golpes para que de una vez deje de ser lesbiana.

M (Padre): Poco expresivo. Cuando se comunica lo hace de manera vaga, poco claro y confuso cuando está con su esposa. Pero al momento en que él se encuentra solo es directo y claro. Su lenguaje no verbal hacia su hija es de compasión y confusión.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de la madre de R. existían malas relaciones. Su madre sufría de constantes maltratos físicos por parte del esposo, quien era alcohólico y falleció de Cirrosis. Estos traumas continuaron influyendo en la vida de R. por lo que incluso llegó a encontrar un esposo de similares conductas como las de su padre, la maltrataba físicamente durante su vida matrimonial y ambos se hicieron alcohólicos, cambiando esta situación al momento de ser evangelistas hace 3 años. En la familia de M. también existían malas relaciones entre sus padres, hubo un padre alcohólico y una madre que maltrataba físicamente a M. Estas familias de origen fueron disfuncionales, influyendo dichas conductas en la vida matrimonial de R. y M., llevándolos a formar un hogar caótico y sin límites. La paciente convivió en un hogar negligente a causa del alcoholismo de los padres y es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarla a la situación actual.



6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La familia y la religión (evangélica) no apoyan las conductas homosexuales de la paciente, sus hermanas no tienen ningún tipo de comunicación con ella porque es una pecadora.
- Los amigos y amigas de R. han estado apoyándola constantemente e incluso la ayudaron a encontrar trabajo en las plantaciones de Paute y le dieron un cuarto aquí en la ciudad para que conviva con su actual pareja.
- La paciente ha sido detectada de depresión mayor ya en algún momento de su vida.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

Los padres de la paciente actualmente se han dedicado a trabajar en una zapatería que es propia de ellos. Ven a la religión evangélica como un poder para salir adelante y manifiestan haber encontrado paz en sus vidas y con su familia porque les ayudo a salir de los problemas del alcohol. La madre está más motivada a buscar cambios para su familia.

8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

Como la paciente sufría de trastornos del estado de ánimo cuando era adolescente fue medicada con Aldol. En el transcurso del tiempo, los padres atribuyeron esta enfermedad como un pecado de Dios y que con ser Evangélicos esto iba a cambiar, pero lamentablemente la paciente necesitaba de continuos tratamientos y no se modificó su conducta depresiva. Debido a la dosis elevada de veneno que ingirió la paciente falleció por paro cardiorespiratorio.



9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

- ¥ R. y M. desean que su hija regrese a la casa con su hijo de 12 años, con la condición de que deje de ser lesbiana, se separe de su actual pareja y que se haga evangelista para que salga del pecado. La familia en si está poniendo límites demasiado rígidos. Las relaciones entre hermanas son caóticas porque tampoco dejan que la paciente se involucre con ellas a causa del pecado.
- ¥ El alcoholismo y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia, piensan que la religión evangélica es más que suficiente para superar cualquier problema que aparezca.
- ¥ Parece ser que el alcoholismo y la negligencia de los padres hacia los hijos, fuera la causa principal para que la paciente sufriera de abuso sexual por parte de un tío, y que éste acto fuera el principal factor desencadenante para que la paciente llegara a padecer de trastorno del estado de ánimo (Depresión). La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el aparecimiento de la ideación o intento de suicidio.
- ¥ Será acaso que su orientación sexual (conducta homosexual) fue a partir del abuso sexual sufrido a los 8 años de edad o será acaso que su grupo de pandilla que formo a sus 16 años de edad la llevaron a pensar diferente y actuar diferente. Y qué, en la actualidad, las presiones familiares de presionarle a que cambiara de conducta la llevaron al intento de suicidio y posteriormente a la muerte.



- ¥ Las dificultades y disfuncionalidades en las interacciones de la familia de la paciente son pautas repetitivas de la familia de origen. Los padres de la paciente tienen las mismas conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos – alcoholismo).
- ¥ Los padres de R. se sienten culpables por no haber estado pendiente de su hija cuando fue abusada sexualmente, por lo que continúan discutiendo entre los cónyuges. Los problemas interpersonales con la familia llevaron a la paciente a sentirse rechazada y desesperanzada en cuanto a sus actuales relaciones homosexuales y que por la falta de apoyo familiar y a causa de las creencias religiosas fueron los principales coadyuvantes para que la paciente se envenenara con perofén y posteriormente le produjera la muerte.
- ¥ No existe límites claros entre los cónyuges y la familia. Debería dejar de tener la jerarquía la madre. La religión produce la no aceptación de la homosexualidad. El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Gran parte de la niñez y de la adolescencia de R. estuvo en un caos constante debido a que sus padres consumían alcohol, dando a entender que existía una negligencia en su hogar, pudiendo ser una de las causas para que abusaran sexualmente de la paciente a la edad de 8 años por un tío político.
- ¥ Los límites y reglas en la familia de origen de R. fueron difusos, una familia desligada. Cada uno de sus hijos hacían lo que querían e incluso la paciente se había integrado a una pandilla llevándola a consumir alcohol y drogas a la edad de los 16 años junto con su hermano S. Ellos dos hicieron el rol de padres de sus demás hermanos mientras sus progenitores



consumían alcohol.

- ¥ El cambio de religión trasformo a la familia, se aliaron entre ellos, según éstos para sacar del pecado a R. y a S.
- ¥ El poder y la jerarquía la tiene la madre de R. El padre es flexible y sumiso actualmente. La relación entre los cónyuges son caóticas, no se comprenden, pasan en constante discusión por la situación de la homosexualidad de sus hijos y culpándose uno al otro por haber ingerido alcohol, por haberlos maltratado físicamente cuando éstos eran pequeños y por no haber estado allí cuando su hija fue abusada sexualmente.
- ¥ Las creencias religiosas (evangelistas) de los padres hacen que en la actualidad las reglas y límites sean rígidos dentro de su interacción familiar. Las creencias religiosas llevan a la familia a la no aceptación de la homosexualidad de la paciente y su hermano.

12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA			
Papá	Mamá	Hijo/a	Abuela/o		Aglutinadas	Desligadas	
	X					X	

OTROS
Alcoholismo
Maltrato físico
Abuso sexual
Negligencia
Religión Evangélica
Homosexualidad



CASO 2

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 28 de Septiembre del 2011	
Nombre del paciente: M. P.	Nombre del esposo: J. C.
Edad: 55 años	
Nombre del Padre: M. P.	Nombre de la madre: M. C.
Edad del padre: 90 años	Edad de la madre: 87 años
Ocupación: Padre: Agricultor	Madre: Ama de casa
RELIGION: Padre: Católica	Madre: Católica
Número de hijos de la paciente (orden de nacimiento) y edades 1. G. C. – 30 años 2. E. C. – 27 años 3. V. C. – 25 años 4. W. C.– 23 años 5. M. C. – 20 años	Ocupación - estado civil de los hijos de la paciente 1. Agricultor - Soltero 2. Agricultor – Soltero 3. Ama de casa - madre soltera 4. Estudiante – Soltero 5. Estudiante – Soltero
DIRECCION DEL DOMICILIO:	➤ Cuenca
Teléfonos:	Casa: 2879-151

Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.)

.....

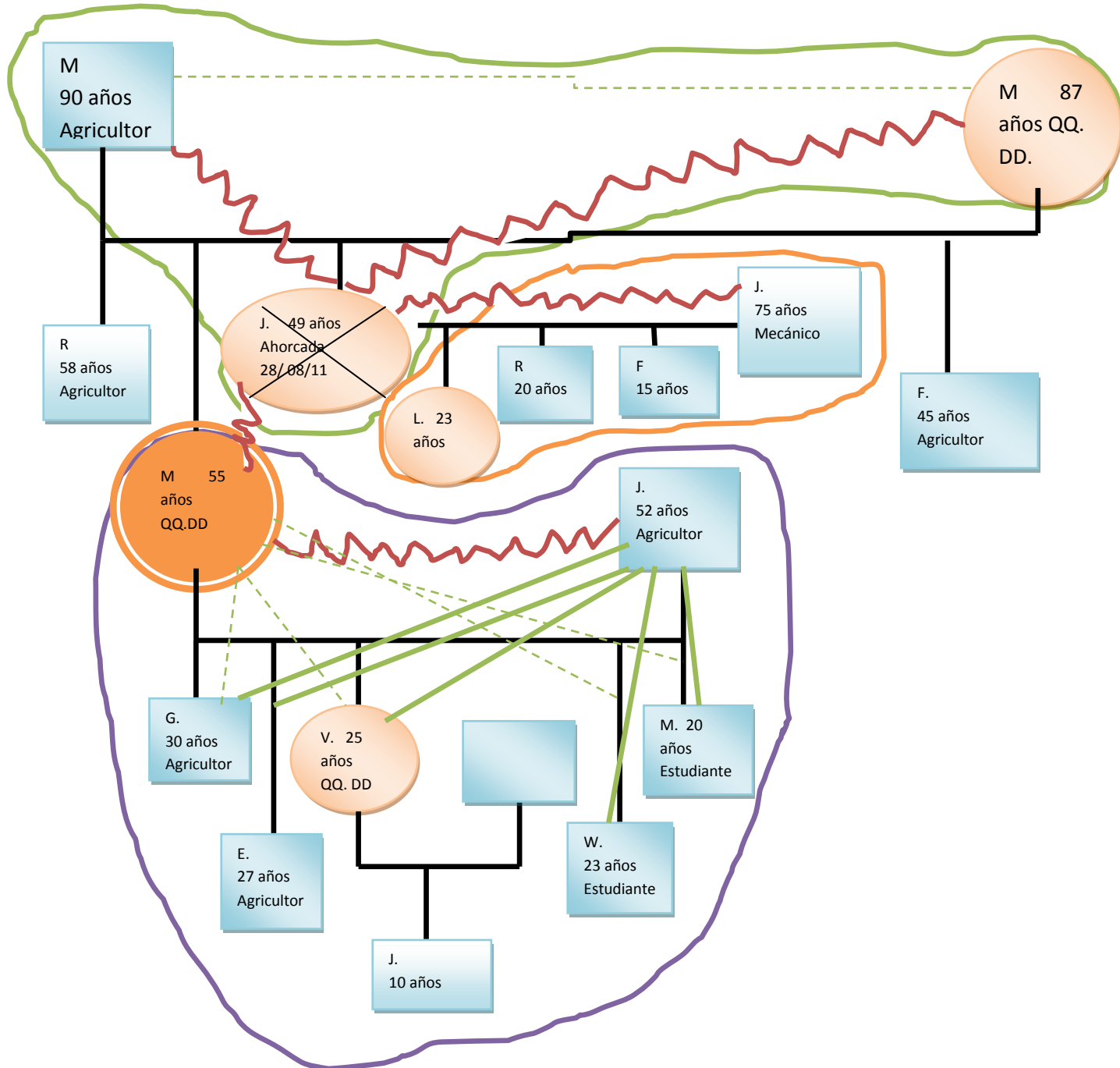
Asisten a terapia: M. y J.

Remitida por: M., es ingresada al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por no poder conciliar el sueño y por presentar cuadro de angustia a



causa de haber visto a su hermana Julia ahorcada en el cuarto de la casa de sus padres.

GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

M: Menciona que no puede dormir y que constantemente se queda como si no pudiera respirar, tiembla y aparece sudoración en su cuerpo. Los médicos le diagnostican ataque de angustia. Indica que esto apareció a partir de que le encontró a su hermana ahorcada en el pilar de su casa. Ahora, M. pasa llorando e irritable. Antes de estos acontecimientos, ella menciona que siempre ha pensado en suicidarse con perrofín porque no tiene una buena relación con J. y que prefiere morir. Desea poder llevarse mejor con Juan y tener mayor comunicación con sus hijos. Quiere dejar de sentirse angustiada y no pensar en el ahorcamiento de su hermana.

J: Informa que su esposa pasa solo llorando, irritable, nerviosa, y pensando constantemente en la muerte de J. y de la manera como la había encontrado ahorcada con un cabo en un pilar de la casa de los padres. Desea que su esposa deje de sufrir por alguien quien ya murió y que regrese a la casa como era antes, que se preocupe más por él y por sus hijos.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

M. ha buscado ayuda con los sacerdotes de una iglesia, porque cree que su hermana se fue al infierno. “Ante la religión católica, nosotros mismos no podemos quitarnos la vida porque nos vamos al infierno” Este pensamiento es constante en M. Por lo que se ha acercado mas a Dios para dejar de pensar en el acontecimiento de su hermana y para dejar sus ideaciones suicidas, pero esto no da resultado. Continúa pensado en la muerte. Menciona que J. no la apoya, sus hijos se han aislado de ella porque ya no aguantan su manera de ser. Siente que nadie la apoya.



3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos jóvenes adultos

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

M: Se comunica de manera abierta cuando J. no está presente. No es directa al hablar de sus sentimientos, pero lo hace de manera agresiva cuando recuerda los maltratos de su padre y de su esposo. Ante la presencia de J., su lenguaje no verbal es de sumisión y expresa pocas palabras.

J: Se comunica de manera agresiva, exaltada y directa con su esposa M. Su lenguaje no verbal es de agresión. Siempre está a la defensiva. Habla con agresividad al momento de expresar los ataques de ansiedad de su esposa.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

Siempre han existido malas relaciones en la familia de origen de M. Viene de un hogar donde su padre era alcohólico y maltrataba físicamente a su madre quien era sumisa y a la vez maltrataba a sus hijos. Esta negligencia hacia los hijos fue una influencia negativa para M. porque la llevaron a conseguir un esposo con similares conductas como las de su padre. En la familia de J. también existían malas relaciones entre sus padres, hubo un padre que maltrataba físicamente a su madre sumisa y a sus hijos. Estas familias de origen fueron disfuncionales, influyendo dichas conductas en la vida matrimonial de M. y J., llevándolos a formar un hogar caótico y sin límites. La paciente convivió en un hogar negligente a causa del



alcoholismo del padre y es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarla a la situación actual, incluso ya hubo víctimas, como es el caso de J. quien ya se suicidó.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- Las malas relaciones entre los cónyuges y la falta de apoyo de los hijos, llevan a J. a sentirse sola y sin apoyo. Se siente desesperanzada y pasa constantemente llorando.
- Ha buscado ayuda religiosa (sacerdotes) para no dejarse llevar por el pecado y dejar de pensar en quitarse la vida.
- La paciente ha sido diagnosticada con depresión mayor.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

M. ve a la religión católica como su única esperanza para salir de los problemas. Manifiesta encontrar paz cuanto esta constantemente yendo a la iglesia. Está dispuesta a comunicarse más con sus hijos y con su esposo. J. menciona tener el apoyo incondicional de los hijos.

8. CONDICIONES FISICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

.....

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el



síntoma servir a la función?)

- ¥ El alcoholismo y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia. M. piensa que el solo hecho de ir a la iglesia sus problemas tendrán solución. Parece ser que el alcoholismo y la negligencia de los padres hacia los hijos, y siendo una familia desligada y con límites rígidos, fuera la causa principal para que la paciente en la actualidad este padeciendo de trastornos del estado de ánimo incluido ataques de pánico a causa del fallecimiento de su hermana J. Existe un duelo que hay que resolver.

- ¥ La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio. La paciente a causa de su depresión presenta conductas suicidas y la falta de apoyo familiar, la llevan a sentirse presionada y a buscar la única salida que es el suicidio.
- ¥ En cuanto a J., las malas relaciones de su familia de origen lo llevaron a encontrar una mujer como su madre. María es sumisa y es maltratada físicamente por J. Se puede notar que existen pautas repetitivas de maltrato en ambas familias de origen de la pareja.
- ¥ Será que los ataques de angustia y la depresión de M. aparecieron a partir del ahorcamiento de J. o ya estuvieron presentes durante el transcurso de su vida, y que el fallecimiento de la hermana fue ya solo una excusa para que salieran a la luz.
- ¥ Las dificultades y disfuncionalidades en las interacciones de la familia de la pareja no son más que pautas repetitivas de la familia de origen. J. y M. presentan las mismas conductas que su familia de origen (Maltratos físicos).
- ¥ Los problemas interpersonales con la familia llevaron a M. a sentirse rechazada y desesperanzada, produciéndole ataques de angustia e



ideaciones suicidas. La falta de apoyo familiar la han llevado a acercarse a Dios y a pedir consejos donde los sacerdotes porque no quiere ir al infierno como su hermana J. Este pensamiento sobre el pecado y el infierno pueden llevar a la paciente a no controlar sus ataques de angustia. No existe límites claros entre los cónyuges y la familia. Se debería regular la jerarquía de J. El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Gran parte de la niñez y de la adolescencia de M. estuvo en caos constante debido a que el padre consumía alcohol y propinaba maltrato físico a sus hijos, su madre era sumisa, dando a entender que existía una negligencia en su hogar.
- ¥ Sus límites eran difusos y con una familia desligada. J. y M. pasaban constantemente fuera de la casa, regresaban a los tres días. Cuando sus padres se daban cuenta de estas huidas de la casa las maltrataban físicamente. J. decide irse a Quito y en donde se casa, se divorcia y es internada en un centro de salud mental siendo diagnosticada Depresión Mayor. La regresan a Cuenca, no toma su medicación (Aldol) y a los tres meses se suicida.
- ¥ J. viene de un hogar en donde el padre maltrataba físicamente a su madre (sumisa) y a la vez a sus hermanos. Éste había abandonado la casa a la edad de los 14 años y se había ido a trabajar a la costa. Regresa luego de unos años y conoce a M., se casaron y a partir del mes empezó las dificultades en su matrimonio, incluido el maltrato físico a María. Se puede notar las pautas repetitivas de maltrato en ambas familias de origen.
- ¥ M. piensa que con la ayuda de Dios sus problemas se resolverán. No cree en los médicos los llama “mata sanos”. Su familia, y en especial J., cree



que solo se está haciendo para no hacer nada en casa.

- ✚ El poder y la jerarquía la tiene J. dentro del hogar. M. es sumisa y flexible. Las relaciones entre los cónyuges son caóticas, no se comprenden, pasan en constante discusión por los ataques de angustia de M. Los hijos de M. se han aislado de su madre, poca comunicación con el padre.
- ✚ Las creencias religiosas de M. producen su angustia, habla solo del pecado y de que su hermana está en el infierno. En la actualidad las reglas y límites son rígidos dentro de su interacción familiar a causa de las presiones familiares y la jerarquía de J.

12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA		
Esposo	Esposa	Hijo/a	Abuela/o	Aglutinadas	Desligadas	
X					X	

OTROS
Alcoholismo
Maltrato físico
Negligencia
Religión Católica
Ataques de Pánico
Depresión



CASO 3

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 29 de Septiembre del 2011	
Nombre del paciente: L. A. R.	Nombre del esposo: V. H. C.
Edad: 31 años	Nacionalidad: Colombiana
Nombre del Padre: J. R. (+)	Nombre de la madre: E. A.
Edad del padre: Fallece a los 37 años	Edad de la madre: 48 años
Ocupación: Padre: Asesinado por narcotráfico Madre: Ama de casa	
RELIGION: Padre: Católica	Madre: Católica
Número de hijos de la paciente (orden de nacimiento) y edades	Ocupación - estado civil de los hijos de la paciente
1. B. – 12 años	1. Estudiante - Colombia
2. M. – 7 años	2. Estudiante – Colombia
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ Cuenca
Teléfonos:	➤ Celular: 092-510-224

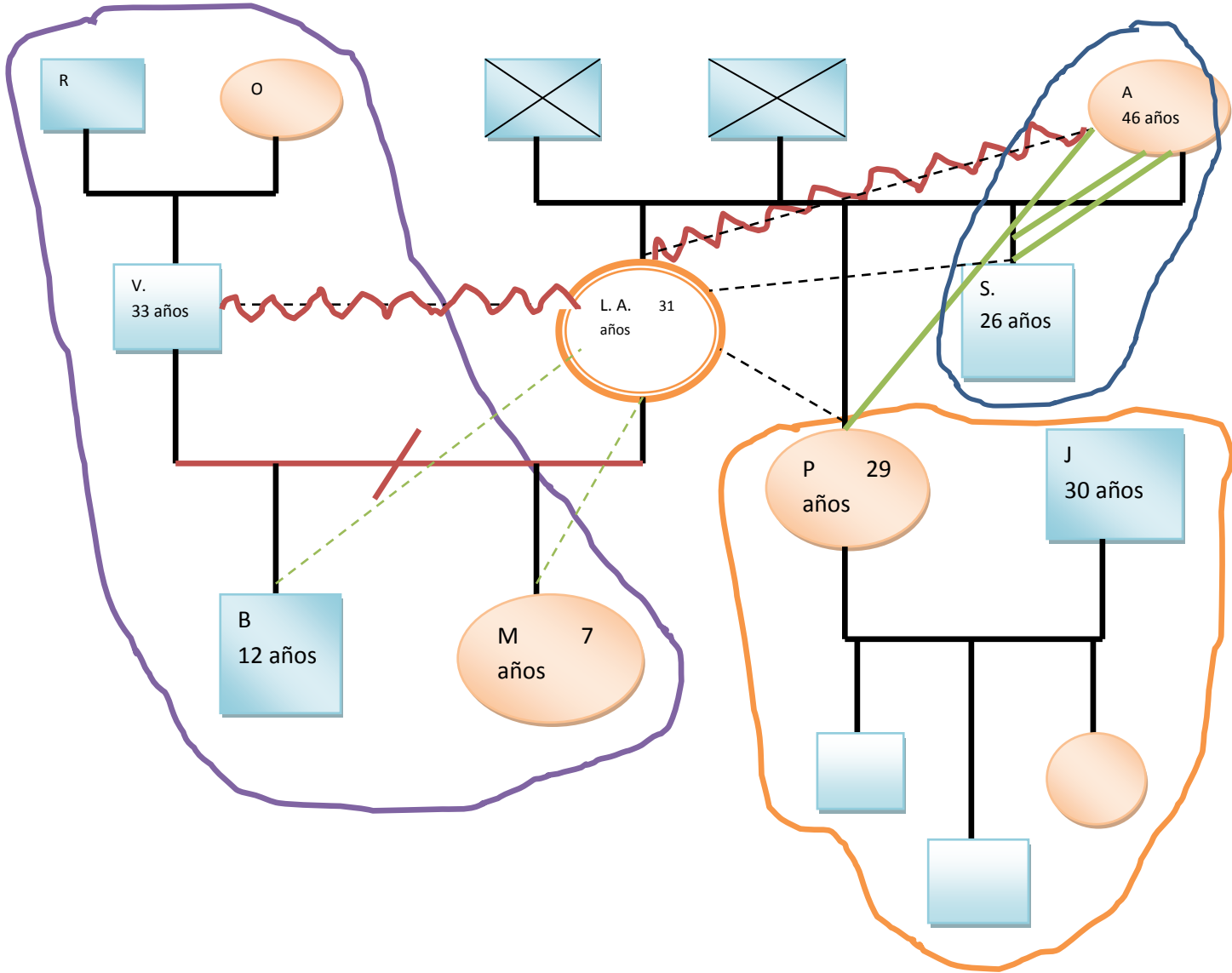
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.) L. tiene dos hijos, los cuales viven en Colombia con los abuelos paternos. Su esposo la abandono por la prima de la paciente.

Asisten a terapia: L. A.

Remitida por: L. A. ingresa sola al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por presentar dolores estomacales y vómito inducido.



GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

L. A., de nacionalidad colombiana ingresa al hospital por presentar dolores estomacales intensos y por inducirse vómito, los médicos la diagnostican Anorexia. Menciona que ha intentado suicidarse por dos ocasiones con órgano fosforado “Bygon” a razón de que su esposo V. le ha sido infiel en varias ocasiones, abandonándola últimamente por una prima de la paciente. Recuerda con intensidad la muerte de su padre cuando fue asesinado en Virginia, Colombia por narcotraficantes cuando ella tenía 9 años.

Siente demasiado rencor y resentimiento hacia su madre quien la maltrataba físicamente junto con el padrastro de la paciente. (La amarraban junto a un palo y la maltrataban cuando no hacía los quehaceres domésticos). Sentía que su madre quería más a sus otros hermanastros y que ella siempre era abandonada por ésta, por lo que optó por abandonar la casa y vivir sola en las calles, “nunca tuve un buen consejo” reuniéndose con un militar quien es ahora su esposo y padre de sus hijos. Continúa con la ideación suicida y menciona que lo hará sino regresa con su esposo. Cada vez que intenta suicidarse escribe cartas de despedida que dicen así:

“V., solo quiero decirte que me voy triste por lo que me haces, solo le pido a Dios que me perdone y que ilumine a mis hijos. Me voy amándote como nunca amé a nadie. Niños perdónenme por dejarlos y no verlos crecer, desde donde quiera que esté los voy a guiar, los amo demasiado. Mami, perdón por todo y siempre necesite de ti, hermanos cuídense y ojala que me extrañen, los amo a todos. Víctor, que Dios lo guíe por el buen camino, nunca desfallezca como padre. Espero que seas feliz ya que conmigo no lo fue. Adiós!” L. A. R.

Ella desearía tratarle mejor a su esposo para que no le sea infiel, a pesar de que éste la insulta diciéndole que esta gorda y que a él le gustan las flaquitas, quiere



que su madre le pida perdón y anhela regresar a Colombia para ver a sus hijos. Además quiere encontrar trabajo. (Hace un año que ha llegado al Ecuador). Vivían vendiendo melcochas en la plaza de la 9 de Octubre de la ciudad de Cuenca.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

L. A. y V. siempre han tenido problemas económicos en Virginia – Colombia por lo que deciden venir a Ecuador para mejorar su situación, dejando a sus hijos bajo el cuidado de los abuelos paternos. A la vez, como V. siempre le ha sido infiel a L. A., un consejero religioso les recomendó salir de su ciudad e irse a vivir en otro lugar para que cambie la situación matrimonial y por ello también escogieron Ecuador. Cuando estuvieron aquí en la ciudad, buscaron ayuda religiosa, pero la única que asistía a las charlas era L. A. V. continuaba siéndole infiel y la insultaba cada vez de que estaba gorda y que debería mejorar su aspecto. L. A. empezó a inducirse vómito porque se veía gorda frente al espejo y como sentía que no le funcionaba el vomitar para bajar de peso, optó por querer suicidarse pero no lo hizo, por lo que optó venir al hospital por sus dolores estomacales intensos.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos en edad escolar. Ciclo vital de la pareja (Separación)

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

L. A.: Manifiesta que ella no puede comunicarse de manera abierta y que no puede expresar sus sentimientos. Ha deseado decirle a la madre que la ama a



pesar de sus malos tratos pero le es imposible comunicarse. Desea decirle a su esposo que es malo y que le hace mucho daño pero prefiere callar. Quiere decir a sus hijos que los ama, pero no puede. Pero el lenguaje es agresivo al momento de expresarse. Su lenguaje no verbal es igual, no puede abrazar a sus hijos y su esposo. “Me dijo que soy demasiado seca y que por eso me vas a perder”

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

L. A. menciona que sus abuelos paternos eran muy buenas personas y que hasta la actualidad se lleva bien y no han existido malos tratos o agresiones entre ellos. Pero como siempre fueron pobres, se dedicaron a vender droga en Virginia – Colombia y le dejaron el legado a su hijo (padre de la paciente) para que siga vendiendo, pero éste encontró la muerte. Por los abuelos maternos menciona la paciente que su abuelo fue alcohólico y que maltrataba a la abuela y a la madre de la paciente. L. A. siempre escuchaba a su madre decir que ella jamás se dejará pegar por un hombre, y así fue, cuando el padrastro había querido maltratar a la mamá, ésta le agravo primero y nunca más intento agredirla. Pero descargó toda su agresión reprimida en L. A. en conjunto con el padrastro, propinándole maltratos físicos. La paciente menciona que su esposo nunca le ha maltratado y que solamente le es infiel. El padre de V. siempre le ha sido infiel a su esposa. La madre de la paciente le dijo que no importa que los hombres sean infieles, porque éstos siempre regresan donde la esposa, lo importante es que no la maltraten.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- L. A. no tiene actualmente trabajo, no tiene amigos y vive sola en un cuarto. No tienen para pagar el arriendo.
- La madre al enterarse que su hija había quedado sola en el Ecuador, la llamó telefónicamente ofreciéndole enviar dinero luego de 15 días para que se regrese a Colombia a buscar a sus hijos y a su esposo.



7. FORTALEZAS FAMILIARES

Quiere mucho a sus hijos, quienes constantemente llaman a L. A. y le dicen que están bien y que quieren que ella regrese a verlos porque no están contentos con los cuidados de sus abuelos paternos. La paciente capta el problema y desea cambiar su manera de pensar y de actuar. Se siente motivada para trabajar en la terapia, es colaboradora y expresiva.

8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

- ∞ La pérdida del padre en la niñez de L. A., la llevó a un duelo no resuelto que aún no ha sido trabajado, y que al parecer está provocando la poca aceptación de perder a un esposo infiel y continuar soportando las humillaciones que éste le propina, ocasionándole de paso, la Anorexia, las ideaciones suicidas y los intentos de suicidio a modo de que éste hombre no se aleje de ella. El duelo no resuelto, lleva a L. A. a las ideaciones suicidas en caso de que alguna persona (esposo) intente alejarse de ella, acude a los intentos de suicidio para chantajear a los que quieran abandonarla.
- ∞ Los maltratos físicos que le propinaba el padrastro y su propia madre, la negligencia de la madre y el rol de madre que hacía L. A. fueron demasiada carga para una niña. Como es poco expresiva con sus



familiares, su agresión reprimida se está reflejando con lo único que puede controlar que es su cuerpo, induciéndose al vómito como una manera de llamar la atención de sus familiares y en especial de su esposo. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.

- ¥ Los problemas interpersonales con la familia y el cónyuge, llevaron a la paciente a sentirse desvalorizada, culpable, ansiosa en cuanto a su modo de vida. Los límites son rígidos. La situación económica de su familia fue causante de la migración e influyo en las conductas suicidas de la paciente. A la vez, la presencia de sucesos estresantes como la falta de trabajo y la infidelidad del esposo son el resultado de una conducta desadaptativa. El límite externo del sistema es poco permeable.

11. EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ L. A. ha padecido desde niña pérdidas, es decir, perdió a su padre a la edad de los 9 años por lo que se observa un duelo no resuelto. Abandona a sus hijos a causa de la migración. “Siento que he perdido a mis hijos”. Al parecer ahora teme perder a su esposo por ello es capaz de perdonarle las infidelidades con tal que se quede con ella. Los intentos de suicidio dan a entender que son llamados de atención o manipulaciones para que su cónyuge no la abandone.
- ¥ La madre de la paciente se hace de un nuevo compromiso luego de un tiempo después de la muerte del esposo, donde éstos dos maltrataban brutalmente a la paciente si ésta no cuidaba a los hermanastros o no hacía los quehaceres de la casa (rol de madre), por lo que se ve que las reglas siempre fueron difusas y su familia fue desligada. La jerarquía siempre la tuvo el padrastro. Existe una negligencia por parte de la madre ante el



cuidado de su única hija mujer y sus demás hijos. La migración de la pareja hacia Ecuador llevaron a la continuación de la infidelidad por parte de V., abandona a su esposa con la prima de la paciente. Fue cuando L. A. sintió morir, le empezó dolores estomacales intensos y optó por inducirse al vómito, como no daba resultados para bajar de peso vino la ideación suicida pero prefirió el Hospital.

∓ La Inestabilidad laboral de la pareja llevo al esposo a dedicar sus tiempos de ocio en buscar mujeres. Actualmente el cónyuge se regresa a Colombia y la paciente se queda sola en Cuenca.

12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA	
Padrastró y Esposó	Mamá	Hijo/a	Abuela/o	Aglutinadas	Desligadas
X					X

OTROS
Duelo no resuelto
Maltrato físico
Negligencia
Migración
Inestabilidad Laboral
Infidelidad Conyugal
Anorexia



CASO 4

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 03 de Octubre del 2011	
Nombre del paciente: L. M. S.	Estado civil: Soltero
Edad: 35 años	Ocupación: Albañilería
Nombre del Padre: V. M.	Nombre de la madre: M. S.
Edad del padre: 82 años	Edad de la madre: 72 años
Ocupación: Padre: Agricultor	Madre: Ama de casa
RELIGION: Padre: Católica	Madre: Católica
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ Cuenca, El Valle
Teléfonos:	Casa: 2851-047

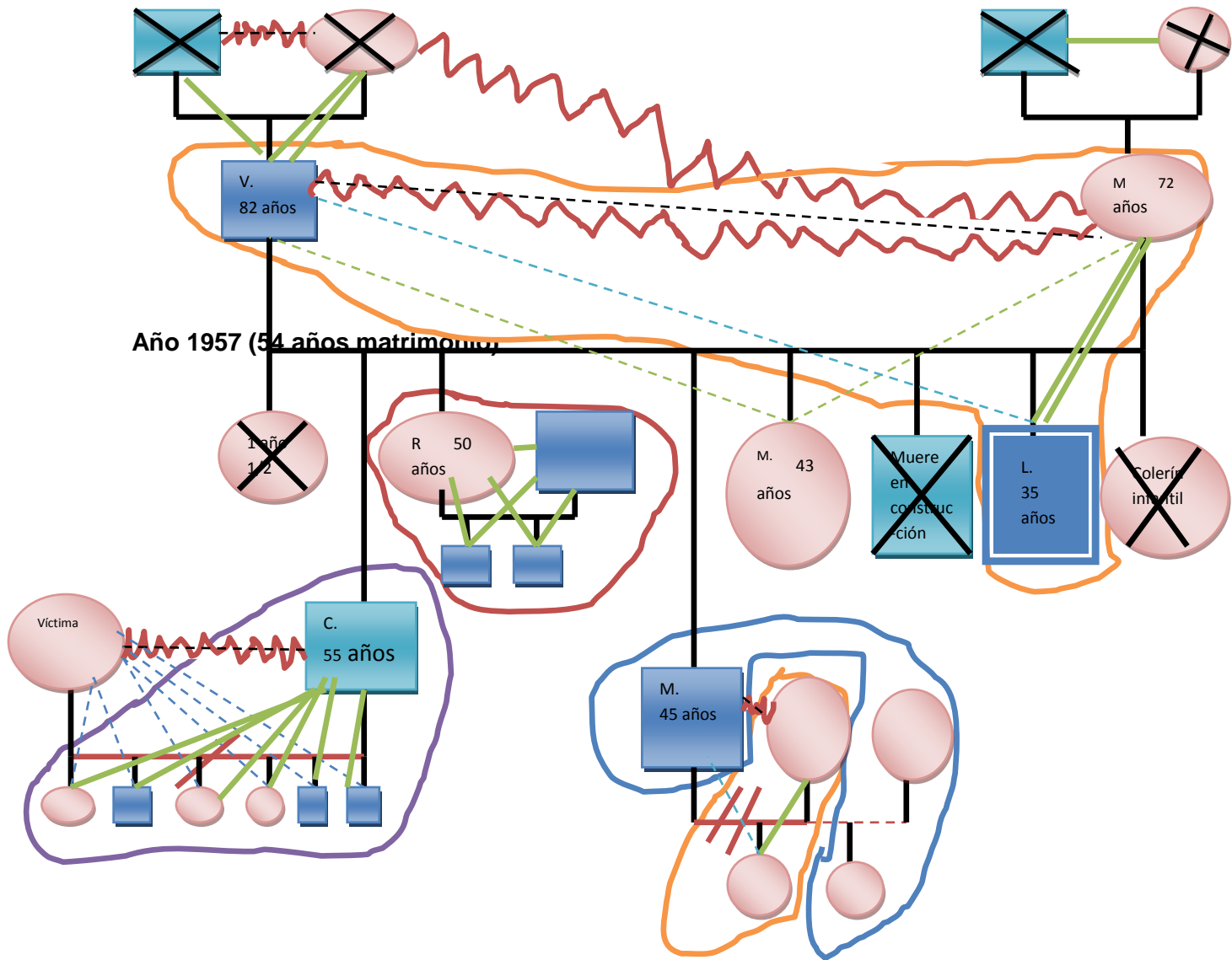
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.) L. está saliendo con una mujer recién un mes. Mencionando que si no le va bien con ella, se suicidará.

Asisten a terapia: M. y L.

Remitida por: M., ingresa al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso con dolores estomacales y con problemas del páncreas, le trae su hijo L. quien vive con ella. En ese momento M. informa que Luis a intentando suicidarse por dos ocasiones.



GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

L.: Menciona que ha intentado suicidarse por dos ocasiones. La primera vez fue hace 5 años atrás, se había tomado perrofín con coca cola. La segunda vez fue hace 2 años y se había estado ahorcando en el pilar de su casa. Le ingresan a la fuerza por escándalo en la vía pública al CRA (Centro de Rehabilitación para Alcohólicos) y le habían diagnosticado depresión mayor. Siente demasiado rencor hacia su padre Víctor, quien lo maltrataba físicamente junto con su madre y demás hermanos, incluso recuerda que tanto fue los maltratos que una hermanita de pocos meses de nacida fue cruelmente maltratada hasta que padeció de colerín infantil y falleció. Como ahora L. ha encontrado trabajo como albañil y gana bien, desea salir de la casa de sus padres, casarse y vivir bien. Pero su madre no lo permite.

M.: Manifiesta que Luis pasa constantemente triste, aislado e irritable. Se encierra dos a tres días en su cuarto y no quiere salir de allí. Indica que cada vez que L. intenta suicidarse, éste ve que el diablo le está arrastrando a las puertas del infierno, pero en seguida escucha una voz celestial y ve un ángel que le salva de caer en el infierno. Menciona que V., el padre de L., era agresivo y veía o escuchaba cosas, ingresándolo al Hospital psiquiátrico Lorenzo Ponce por el lapso de seis meses a causa de una esquizofrenia paranoide. “Siempre me maltrataba físicamente, me arrastraba y fue cuando quedé embarazada de L., continuaba pegándome en el embarazo y cuando L. ya estaba joven, mi hijo sufrió conmigo todo esos maltratos físicos”. M. desea que L. no ingrese a ningún centro de rehabilitación porque piensa que va a regresar más agresivo tal como lo hizo su padre, desea que no le den medicación y que le ayuden a pensar diferente, a que no piense matarse y que tampoco salga de la casa de ellos porque de seguro se suicidará. Ella sabe como protegerlo.



2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

La madre de L. ha visto como mejor alternativa cuidarla ella misma en su casa junto con V. No ha estado de acuerdo que vaya a trabajar porque los amigos le brindan alcohol y él se porta agresivo. La madre desea que no vaya a trabajar con tal que esté con ellos. L. no toma la medicación que le había recetado el psiquiatra porque insiste en no necesitarla. Anhela continuar trabajando y casarse en algún momento.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos adultos.

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

L.: Manifiesta que con su madre tiene más comunicación que con su padre. No expresa con facilidad sus sentimientos y lo que le pasa prefiere callar. Pero su lenguaje es agresivo. En el trabajo es más expresivo y tiene amigos con quien conversar, les tiene más confianza para hablar sobre su actual pareja. En casa, los patrones y estilos de comunicación se han dado de manera agresiva desde su niñez hasta la actualidad. El lenguaje no verbal de L. muestra la irritabilidad que siente hacia su madre cuando ésta le expresa que desea cuidarle.

M: Menciona que únicamente habla con su Hijo L. y no con V. porque él “pasa solo durmiendo y no habla conmigo”. Con los demás hijos varones no hay comunicación porque la expresión de éstos es de manera agresiva y exaltada tal y como se comunica V.



5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de L. existe una mala relación entre sus padres desde que éstos conformaron el hogar, incluido un trastorno psicótico que padecía V. Los maltratos físicos de la familia de origen han formado pautas repetitivas de maltratos, agresiones, humillaciones en los actuales hogares de los hermanos de L. M. teme perder al único hijo que se ha quedado con ella, razón aparente por el duelo no resuelto de sus dos difuntos hijos. Los rencores y frustraciones salen a la luz en el momento de la alianza de L. con la madre para desautorizar cualquier orden impuesta por V. actualmente. Poca comunicación entre V. y M., entre M. y sus demás hijos y entre V. y L.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- L. ha conseguido trabajo y lo ve como una razón de vida, como una fortaleza para él. Puede mantenerse y mantener a sus padres que ya son de la tercera edad y no cuentan con los recursos económicos necesarios para subsistir. Ha hecho amigos que son los únicos que le apoyan en cuanto a la relación con su actual pareja.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

L. es el único que busca las maneras de subsistir con el trabajo de albañilería. Su madre es la única que lo cuida y lo protege. No tiene contacto con los hermanos, indicando que éstos están enojados porque M. ha dado de herencia unos terreros solamente a L. y no al resto de hijos.

8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS /MEDICAMENTOS

L. padece de Depresión Mayor, fue ingresado al CRA (Centro de Rehabilitación para Alcohólicos) pero se escapó del lugar. No desea tomar la medicación dada por el psiquiatra.



9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

- ¥ L. desea continuar trabajando como albañil e independizarse y ser autónomo, pero su madre no le permite porque que según ella, éste se va a suicidar. No tolera que su hijo se separe. La relación con L. es la única forma que ella tiene para estar distante de V. y no quedarse con él. No existen límites claros y definidos.
- ¥ La Esquizofrenia paranoide del padre durante la niñez de L. fue el principal detonante de las conductas agresivas y de tristeza del paciente y para que M. (sumisa) no pueda defender a sus hijos de los maltratos físicos del padre (Negligencia) e incluso llevara a la muerte a dos de ellos, cuyos duelos aún no han sido superados ni trabajados.
- ¥ Los maltratos físicos recibidos durante la infancia y adolescencia del paciente, de un padre Esquizofrénico, fueron los principales causantes para que actualmente L. presente desvalorización, baja autoestima, falta de apoyo, ideaciones suicidas, intentos de suicidio y Depresión mayor. Siendo todo esto un detonante para que el paciente se sintiera presionado y buscara como solución el suicidio.
- ¥ Todos estos acontecimientos aparecen como pautas repetitivas de maltrato físico en los actuales hogares de los hermanos de L. Faltan límites claros entre los individuos en la familia nuclear y de origen. Debería dejar de existir las alianzas entre L. y M. en contra de V... M. tiene poco contacto con el mundo exterior. La estructura o dinámica familiar, es en este caso,



un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio. El límite externo del sistema es poco permeable.

11. EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ En la relación de M. y V. existe un caos en cuanto a límites, reglas y jerarquías. A M. se la ve como una mujer sumisa mientras que a V. se lo ve como un hombre dominante y autoritario, a parte con un trastorno psicótico como es la Esquizofrenia Paranoide. Se puede notar que durante la niñez, adolescencia y edad adulta de L., los límites siempre fueron difusos y una familia desligada. Todos los hijos sufrían de maltrato físico desde su nacimiento. Los demás hermanos de L. actualmente continúan con la pauta repetitiva del maltrato físico del padre en sus hogares.
- ¥ La madre aparece como una persona muy dependiente de L. para sobrevivir, no le permite ser independiente, no le admite salir de su casa ni que tenga una mujer. Teme perder a su hijo “Se va a suicidar si yo le dejo solo, no quiero perder otro hijo más” (al parecer hay un duelo no resuelto). L. actúa de manera agresiva ante los cuidados de la madre como si se sintiera sofocado y por eso se aísla de su hogar. Busca autonomía. Los límites en la actualidad son rígidos. L. siente gran rencor hacia su padre, es en este momento cuando se alía con la madre en contra del padre. “No le obedecemos en nada, para que nos maltrató tanto y mató a mis hermanos”.



12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA		
Papá	Mamá	Hijo/a	Abuela/o	Aglutinadas	Desligadas	
X					X	

OTROS
Esquizofrenia
Maltrato físico
Negligencia
Duelo no resuelto
Depresión mayor
Sobreprotección



CASO 5

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 04 de Octubre del 2011	
Nombre del paciente: H. P. S. M.	Soltero
Edad: 29 años	
Nombre del Padre: H. S. (España)	Nombre de la madre: E. M. (España)
Edad del padre: 50 años	Edad de la madre: 48 años
Ocupación: Padre: Agricultor	Madre: Agricultora
RELIGION: Padre: Evangelistas	Madre: Evangelistas
Número de hermanos del paciente (orden de nacimiento) y edades 1. C. S. – 27 años 2. N. S. – 25 años 3. M. S. – 24 años	Ocupación - estado civil. 1. Negociante de ganado – Madre soltera 2. Negociante de caballos - Soltero 3. Negociante de ganado - Soltera
	Otros miembros de la familia que vivan en el hogar: Abuela Materna (R.)
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ Cuenca – Cdla. Mutualista Azuay
Teléfonos:	Casa: 2858-130

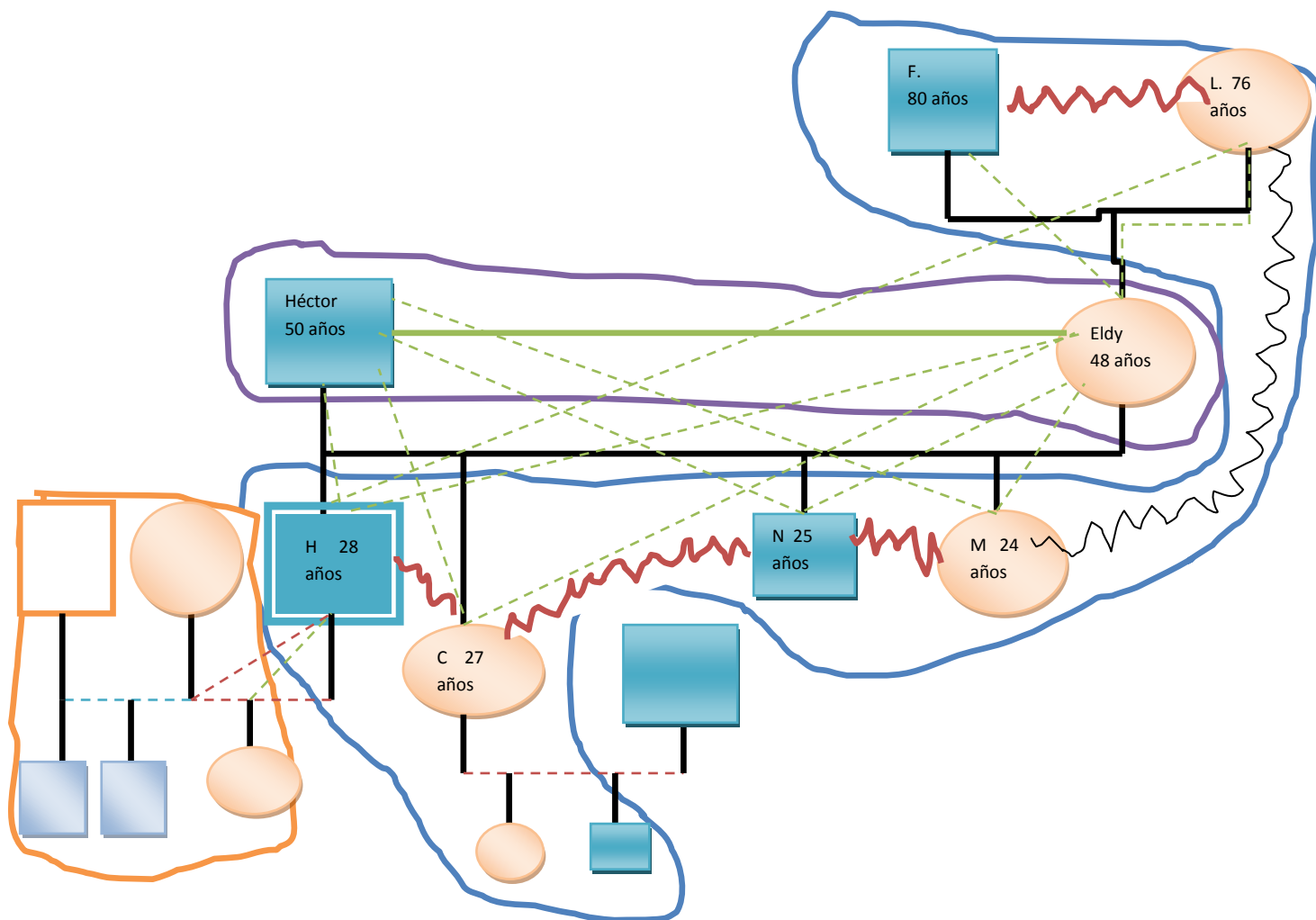
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.) H. se había reunido con una mujer en su adolescencia, con la cual tiene una hija. Se separan y actualmente ésta mujer es casada y tiene dos hijos con su actual pareja. Tiene una relación extramatrimonial con la madre de su hija.



Asisten a terapia: H.

Remitida por: El paciente es ingresado al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por haber ingerido alcohol durante 1 mes, presentado ansiedad, irritabilidad y debilidad generalizada. La abuela, quien lo ingresa, menciona que Hugo ha intentado quitarse la vida por tres ocasiones.

GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

H.: Es ingresado por haber ingerido alcohol por el lapso de un mes seguido. Presenta irritabilidad, ansiedad y debilidad generalizada. Menciona que ha intentado suicidarse por tres ocasiones. La primera vez intentó ahorcarse cuando había dejado embarazada a su conviviente y porque sus padres habían emigrado a España. Le salvan la vida sus tías. La segunda vez se había querido lanzar de un puente porque sus padres lo llevan a España y éste empezó a ingerir alcohol y no buscaba trabajo por lo que deciden regresarlo a Ecuador. La tercera vez se lanza a un precipicio con su carro en alta velocidad por lo que solamente se fracturo una pierna. Hugo dice: “no me morí, y eso que estaba en tremenda velocidad, me falló, pero ya lo lograré”. Es diagnosticado de Depresión. Desea que su ex conviviente regrese con él para dejar de beber alcohol e intentar suicidarse. Quiere salir de la casa de su abuela para vivir junto con la madre de su hija, pero Lucrecia no lo permite.

L.: Manifiesta que su nieto es alcohólico crónico. Ingiere alcohol por el lapso de 8 años, y que no es la primera vez que le trae al hospital para que lo desintoxiquen. Su nieto no quiere ser internado, piensa que con la ayuda del médico es suficiente para ponerse bien porque todo este tiempo lo ha hecho así. Sale del hospital y en seguida regresa a vender ganado y caballos en el camal de Cuenca. Indica que el problema del alcoholismo y los intentos de suicidio aparecieron hace 13 años atrás desde el momento que sus padres emigraron hacia España. Éstos les envían dinero y sus nietos lo mal gastan. L. desea que Hugo deje de beber, que ya no vuelva a intentar suicidarse y que se separe de la madre de su hijo porque ésta ya está casada con otro hombre.



2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

La abuela de H. ha intentado mejorar la situación de su nieto enviándolo a España donde sus padres, pero el paciente ingería más alcohol que nunca. No buscó trabajo y se dedicó al ocio. Luego de que Hugo regresa a Ecuador, L. intenta internarlo en el CRA (Centro de rehabilitación para alcohólicos) pero este se escapaba cada vez. H. menciona que no lo necesita porque cuando él quiera deja el alcohol, sobre todo lo dejaría si supiera que la madre de su hijo se separa de su actual pareja para quedarse con él. L. acude a maltratarlo físicamente cada vez que llega tomado para que tome conciencia de su problema y no malgaste el dinero que saca de su venta de ganado y caballos y lo que le envían sus padres de España. Si ya ha ingerido alcohol por varios días, la abuela lo ingresa al Hospital para que lo desintoxiquen y se ponga bien, luego, al salir de allí, le dura unos días el tratamiento del hospital, trabaja, pero continúa con el consumo de alcohol y los intentos de suicidio.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos jóvenes adultos

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

H.: Su lenguaje es agresivo y exaltado. Habla directamente sobre sus conductas suicidas, sonrío al momento de relatar su tercer intento de suicidio. Poca comunicación con sus padres, escasa comunicación con su abuela materna. Menciona que habla más con sus hermanos porque él está en el derecho de protegerlos y ayudarlos económicamente. No desea que sufran como él sufre.



L.: Se comunica de manera agresiva, exaltada y directa en contra de H. y con el resto de la familia. Siempre está a la defensiva. Habla con agresividad al momento de expresar las conductas desadaptativas de su nieto, pero sobre todo cuando habla del dinero de su hija y que debe llegar a manos de ella. Su lenguaje no verbal muestra agresividad y autoritarismo cuando mira a H. Menciona que su nieto es un caso perdido y que solamente lo traerá al Hospital para que lo desintoxiquen.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de L. siempre existieron malas relaciones. Comenta que su madre ponía el orden en la casa y que su padre hacía lo que ella decía. L. encontró un esposo con similares características a las de su padre. Éste es sumiso y obedece los mandados de su esposa, incluso nunca sale a favor de sus nietos. En cuanto a los padres de H. (padre de H.), el papá ingiere alcohol por más de 20 años, no se sabe mucho sobre las relaciones de pareja, pero ya dan a entender que es un hogar con disfuncional y negligente. H. y E. (padres de H.), maltrataban físicamente a sus hijos si no les obedecían, pero según el paciente menciona que no era constante y que era un hogar tranquilo para vivir, pero desde que pasaron a manos de L. su vida cambió y fueron maltratados físicamente y abusados en cuanto a lo laboral, sino vendían ganado o caballos y no sacaban dinero, éstos eran agredidos.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La migración de los padres y su negligencia
- Alcohólico crónico por el lapso de 8 años
- Depresión
- La abuela materna maltrata físicamente a todos sus nietos y los explota laboralmente.
- Buenos ingresos de H. (Vendiendo ganado y caballos – Giros de España) que podrían tranquilamente independizarse del hogar de la abuela.



7. FORTALEZAS FAMILIARES

El apoyo entre hermanos en contra de la abuela materna.

8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

Depresión y Alcohólico crónico por el lapso de 8 años. No desea ingresar a ningún centro de recuperación.

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

- ¥ La migración y la negligencia de los padres durante la adolescencia del paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia. H. interpreta que los abandonaron y que los dejaron solos al cuidado de una abuela materna agresiva y autoritaria, en cuyo hogar existían reglas rígidas
- ¥ Parece ser que la migración y la negligencia de los padres hacia los hijos, fuera la causa principal para que Hugo se hiciera un alcohólico crónico, escogiera malas parejas sentimentales e incluso lo hayan llevado a no estar pendiente de su pequeña hija (le da el mismo trato que él a recibido de sus padres (abandono)). La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio en H. Las presiones que actualmente vive en la casa de su abuela, mas el alcoholismo y los síntomas depresivos, son los que llevan a H. a las conductas suicidas.
- ¥ Las dificultades y disfuncionalidades en las interacciones de la familia de L. son pautas repetitivas de la familia de origen. Su actual relación conyugal tiene las mismas conductas de su familia de origen. (Madre y L. =Jerarquía en el hogar).



- ¥ Los problemas interpersonales con L. llevaron a Hugo a sentirse rechazado y desesperanzado (Trastorno del estado de ánimo – Depresión), con un gran vacío emocional producido por el abandono de sus padres a causa de la migración, por lo que le han llevado a ingerir alcohol por el lapso de 8 años y beber un mes seguido hasta sentirse ansioso, irritable y con debilidad generalizada. La falta de apoyo familiar fueron los principales coadyuvantes para que el paciente se intentara suicidar por tres ocasiones.
- ¥ No existe límites claros entre los cónyuges (L. y esposo) y la familia. Debería dejar de tener la jerarquía la abuela. El paciente debería ser ingresado a un centro de adicciones. El límite externo del sistema es poco permeable.

11. EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Durante la niñez de H. estuvieron sus padres acompañándolo y cuidándolo. Luego éstos viajan a España, justamente en la adolescencia del paciente y dejan a sus hijos bajo el cuidado de la abuela materna quién los maltrataba físicamente sino la obedecían y sino vendían los ganados y caballos que eran de su negocio. Se puede notar que en este hogar negligente existieron reglas difusas y con una familia desligada, llevando a H. a sentirse solo, sin protección y a buscar refugio en el alcohol. La abuela le exigía que trabaje como el primer hermano y hombre de su familia para que mantenga a sus demás hermanos hasta que llegue el dinero de España. Durante mucho tiempo, esta abuela autoritaria y con poder, usufructuaba del dinero que enviaban los padres de H. Luego éstos se dieron cuenta y empezaron a recibir ellos los giros de sus padres.
- ¥ Hugo hace el rol de padre para con sus demás hermanos. La abuela continúa teniendo la jerarquía en su hogar. Se hace lo que ella decide. El abuelo es un hombre sumiso y tienen muy malas relaciones entre cónyuges. Éste no defiende a sus nietos.



¥ Cuando H. se siente triste, y cuando recuerda que sus padres le abandonaron y se fueron a España dejándoles solos en manos de la abuela, empieza a ingerir alcohol solo, ingiere Zhumir dos o tres botellas hasta quedarse dormido. Menciona que así olvida las penas. Se pone a llorar, se siente solo, se aísla y no quiere ver a nadie cerca. Les manda a todos sacando de su cuarto. No desea ingresar a ningún centro de rehabilitación para su recuperación, insiste que en el hospital le ayudan lo suficiente, se pone bien y puede regresar a vender su ganado. Aun vive con sus tres hermanos y con su abuela materna. Límites rígidos. Le diagnostican Depresión. Existe una negación de la realidad y de sus problemas.

12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA		
Papá	Mamá	Hijo/a	Abuela/o		Aglutinadas	Desligadas
			X			X

OTROS
Migración
Negligencia
Maltrato físico
Alcoholismo
Depresión



CASO 6

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 10 de Octubre del 2011	
Nombre del paciente: M. A. Y.	Unión Libre con: E. P. (23 años)
Edad: 16 años	
Nombre del Padre: M. Y.	Nombre de la madre: C. O.
Edad del padre: 42 años	Edad de la madre: 58 años
Ocupación: Padre: Construcción	Madre: Ama de casa
RELIGION: Padre: Católica	Madre: Católica
DIRECCION DEL DOMICILIO:	➤ Cuenca, Puerto de Palos y Av. Loja

Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.)

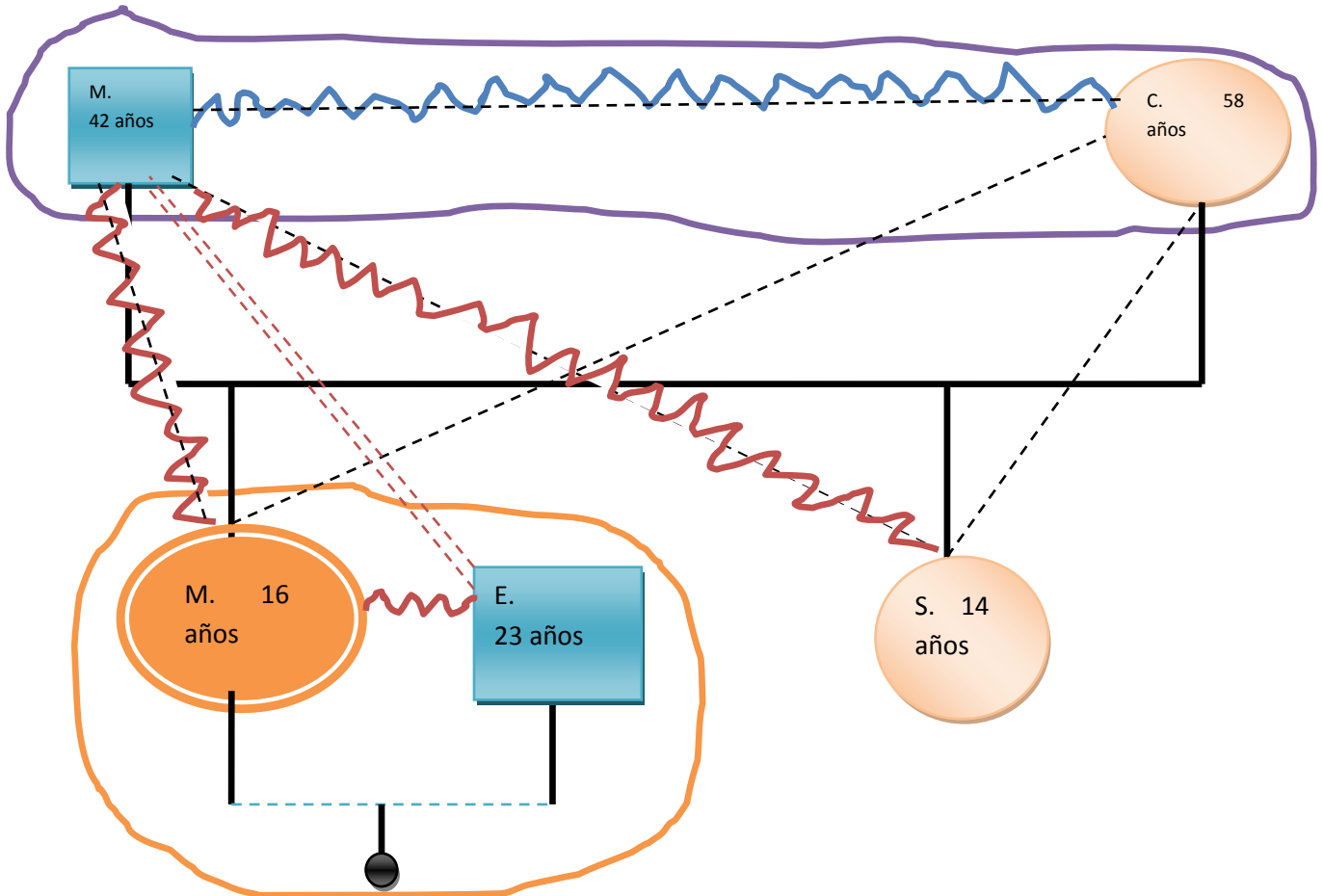
.....

Asisten a terapia: M y E.

Remitida por: La paciente es ingresada el área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por haber ingerido alcohol e intoxicarse. Menciona su esposo que ha intentado suicidarse hace una semana a raíz de una discusión. M. indica que en tres ocasiones a intentado suicidarse.



GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

M.: Ingiere alcohol constantemente junto con los amigos de Edison, tanto fue su consumo que se intoxicó. Menciona M. que ha intentado suicidarse en tres ocasiones. La primera vez fue a los 14 años de edad, se tomó veneno para ratas (Racumin) porque su padre llegó borracho y maltrató físicamente a todas. La segunda vez fue el día que cumplía sus 15 años, ingiriendo 35 pastillas (medicamentos para la gripe, dolor de estómago, de la cabeza, etc.) que había tenido en su casa porque se enteró que su madre estaba con esquizofrenia y sus amigos no la comprendían en el colegio. “Siempre tuve malos amigos, me fallaban siempre” La tercera vez fue un día antes de cumplir sus 16 años, se vuelve a tomar 15 pastillas para los nervios comprando en una farmacia, a causa de terminar con su enamorado, y la había sancionado en el colegio por mal comportamiento (La Salle), la paciente dice: “quería correr”, “quería escaparme del mundo”. Cada vez que intenta suicidarse escribe una carta de despedida que dice así: “Hoy, he tomado una decisión que para ustedes no es buena, pero les pido que entiendan que yo ya no puedo seguir soportando todos los problemas que tengo, quizás les parezca que soy cobarde y les pido que me disculpen por todo y algún día me entiendan que la vida ha sido tan cruel conmigo y nunca olviden que los amo y los amaré por siempre.”

Se entera en el momento del ingreso que está embarazada, pero a causa de la intoxicación pierde al bebé. Desea cambiar su pensamiento y quiere tener una mejor relación con su conviviente, quiere dejar de celarle a Edison con todas las amigas y no ingerir alcohol. Desea terminar el colegio.

E.: Manifiesta que su conviviente le cela con demasiada frecuencia, tienen muchas dificultades en su relación y pasa constantemente pensando en suicidarse. Ingieren juntos alcohol dos o tres veces por semana junto con sus amigos de colegio. Esta triste por haber perdido a su bebé. Desea



mejorar las relaciones con M. y entenderse mejor.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

M. decide reunirse con E. a consecuencia de que su padre es alcohólico y maltrata físicamente a la madre, a la paciente y a su hermana. La madre es una persona que padece de esquizofrenia, quien también es irritable y agresiva con sus hijas. El alcoholismo del padre llevó a la ruina económica por lo que la familia optó por ir a vivir arrendando en la casa de un tío político quien trabaja como “brujo” y menciona M. que éste “brujo” ha violado a su hermana pero los padres no se han enterado por lo que S. decide abandonar la casa e irse a vivir arrendando. Los padres de M. y S. se han quedado los dos solos y pasan con dificultades en su relación. M. y E. acuden con poca constancia a visitarlos porque pasan siempre a la defensiva, sobre todo el esposo no desea que la paciente vaya a verlos porque es una mala influencia para su matrimonio. Menciona E. que desde que M. se ha alejado de sus padres, ésta ha cambiado y le gusta hacer los quehaceres de la casa y es obediente, porque antes a sido rebelde e incluso a tenido muchas dificultades en su colegio por problemas de conducta e indisciplina.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una pareja sin hijos.

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

M.: Habla directamente sobre sus conductas de indisciplina en el colegio, sobre sus intentos de suicidio y sobre el maltrato que ha sufrido de sus



padres. Se comunica de manera agresiva, exaltada y directa con su esposo. Es indirecta al expresar sus sentimientos. Su expresión no verbal es de agresividad, se irritaba con facilidad cuando habla sobre las amigas de su conviviente y en casa se encierra días enteros luego de discutir con E.

E.: Es poco expresivo, indirecto y sumiso. Su lenguaje no verbal es de defensa. Habla con agresividad al momento de expresar las conductas de sus suegros y sobre lo que le han hecho a M.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de M. existen malas relaciones. Su madre sufre de constantes maltratos físicos por parte del esposo, quien es alcohólico. Ésta mujer padece de esquizofrenia quien es agresiva con sus hijas. Estas dificultades influyen en la vida de M. por lo que optó por reunirse con E. para escapar de su problema familiar. Ahora es ella quien tiene el poder en su actual relación. En la familia de E. también existían malas relaciones entre sus padres, hubo un padre alcohólico y una madre que maltrataba físicamente a E. Estas familias de origen fueron disfuncionales, influyendo dichas conductas en la convivencia de M. y E., llevándolos a formar un hogar caótico y sin límites. La paciente convivió en un hogar negligente a causa del alcoholismo del padre y la esquizofrenia de la madre, es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarla a la situación actual.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La pareja no tiene apoyo familiar, se sienten solos
- Problemas económicos.
- Los amigos y amigas de E. han estado apoyándolos constantemente e incluso le ha conseguido trabajo para que conviva con M.



7. FORTALEZAS FAMILIARES

Los dos se apoyan a pesar de las dificultades económicas y familiares. E. está seguro de que quiere mucho a M. y está dispuesto a luchar por su relación hasta el final. Están muy apenados por la pérdida de su bebe, pero mencionan que saldrán adelante y que ya tendrán otra oportunidad para tener hijos.

**8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE
SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS**

**9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA
INFORMACIÓN, ETC.**

**10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA
(Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el
síntoma servir a la función?)**

- ¥ El alcoholismo, la esquizofrenia y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia. Parece ser que estos conflictos y negligencia de los padres hacia las hijas, fuera la causa principal para que S. sufriera de abuso sexual por parte de un tío político, y para que M. presente conductas desadaptativas en su colegio y conductas suicidas constantes. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio en la paciente.
- ¥ Las dificultades y disfuncionalidades en las interacciones de la actual relación de la paciente no son más que pautas repetitivas de la familia de



origen. M. presenta las mismas conductas de su familia de origen. (alcoholismo).

- ¥ Los problemas interpersonales con la familia llevaron a la paciente a sentirse rechazada y desesperanzada en cuanto a sus actuales relaciones con su pareja. La falta de apoyo familiar es el principal coadyuvante para que la paciente se haya intentado suicidar por tres ocasiones.
- ¥ No existe límites claros entre la actual pareja y su familia de origen. Debería dejar de tener la jerarquía M. y respetar más a E. El límite externo del sistema es poco permeable.

11. EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Durante la niñez y la adolescencia de M., las relaciones familiares han estado en un caos constante debido a que su padre consume alcohol y maltrata físicamente a sus hijas y a la esposa. La madre, quien padece de Esquizofrenia, pasa constantemente irritable y agresiva con sus hijas, presenta alucinaciones visuales y auditivas y pasa continuamente hablando incoherencias, dando a entender que existe una negligencia en el hogar, pudiendo ser una de las causas para que abusaran sexualmente de S. (tío político) y para que M. tuviera problemas de indisciplina en su colegio, ingiera alcohol y se haya reunido con E. siendo menor de edad.
- ¥ Los límites y reglas en la familia de origen de M. son difusos, una familia desligada. Cada una de sus hijas ha optado por hacer lo que desea en incluso S. ahora vive sola y también ingiere alcohol. M. y S. siempre se han sentido solas y sin apoyo por parte de sus padres. Pudiendo ser una de las razones para que en tres ocasiones apareciera conductas suicidas en la vida de M.
- ¥ El poder y la jerarquía la tiene el padre en la familia de origen de M. La



madre a consecuencia de su esquizofrenia es irritable pero siempre que está su esposo su postura es de sumisión.

¥ La relación entre M. y E. es caótica, no se comprenden, pasan en constante discusión por los celos de M. y porque E. no le permite que vaya visitar a sus padres. En la actualidad las reglas y límites son rígidos dentro de su interacción familiar. La jerarquía la tiene M. El alcoholismo del padre de M. influye en la paciente.

12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA			
Esposo	Esposa	Hijo/a	Abuela/o		Aglutinadas	Desligadas	
	X					X	

OTROS
Alcoholismo
Esquizofrenia
Maltrato físico
Abuso sexual
Aborto



CASO 7

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 18 de Octubre del 2011	
Nombre de la paciente: O. S. S.	
Edad: 22 años (Unión libre con W. P)	
Nombre del Padre: J. S. (+)	Nombre de la madre: R. V.
Edad del padre: 32 años (Fallece)	Edad de la madre: 54 años
Ocupación: Padre: Construcción	Madre: Ama de casa
RELIGION: Padre: Católica	Madre: Católica
Número de hijos de la paciente (orden de nacimiento) y edades 1. C. S. – 6 años 2. C. S. – 1 año	Ocupación - estado civil. 1. Estudiante primaria 2. Guardería
DIRECCION DEL DOMICILIO:	➤ Cuenca, Salado
Teléfonos:	Casa: 4036998

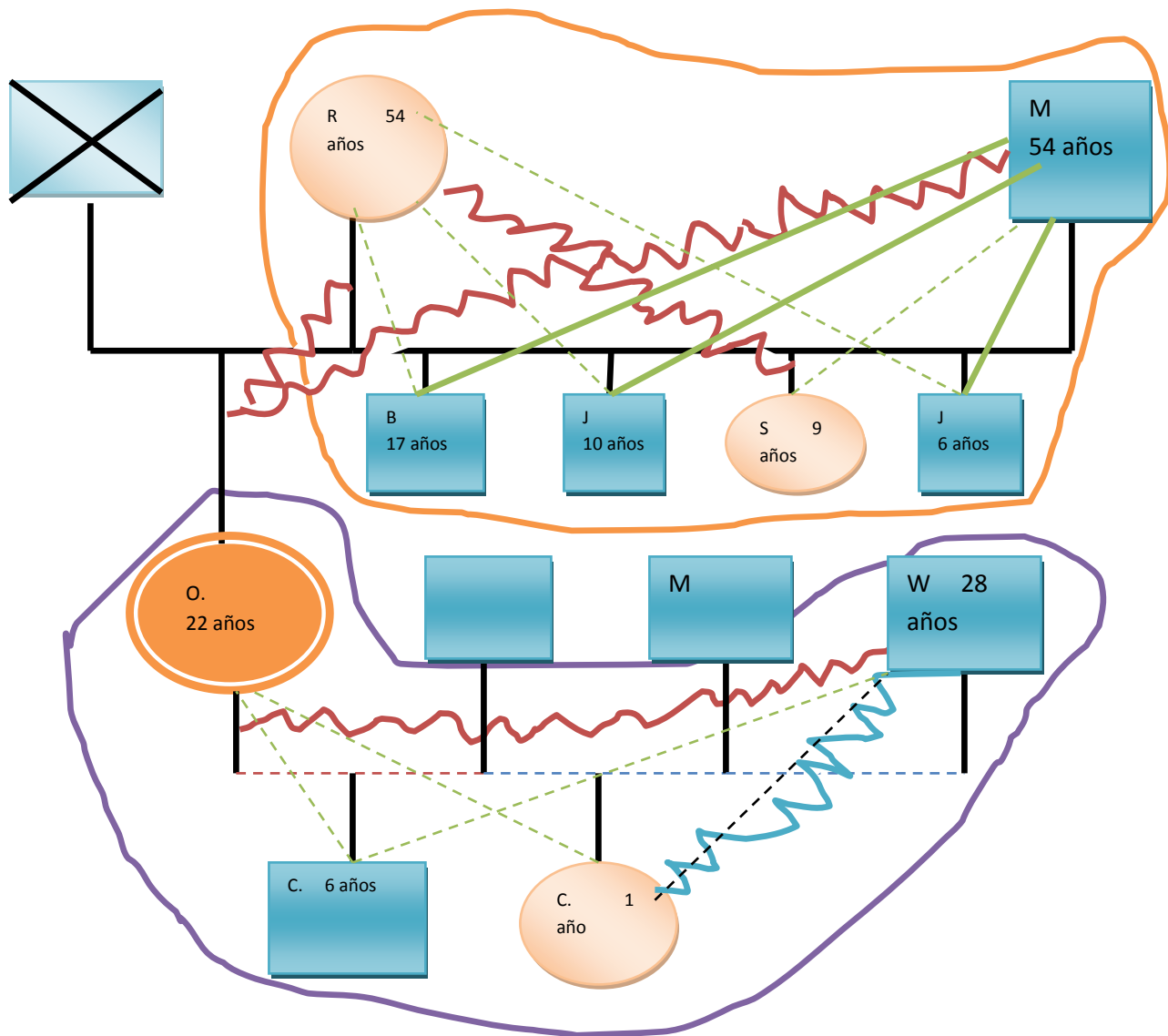
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.) O. tiene dos hijos de dos aventuras; se queda embarazada de su primer hijo cuando salió a una fiesta y conoció a un hombre que no sabe ni el nombre; Luego se embaraza de su segunda hija de un hombre llamado “M. S.”, con quien convivió un mes. Por último se reúne con un hombre que es casado (W.), pero éste la abandona.

Asisten a terapia: O. y su madre R.



Remitida por: La paciente es ingresada el área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por haber ingerido una dosis de perrofín (órgano fosforado) mezclado con media botella de agua, provocándole envenenamiento.

GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

O.: Ingiere una dosis elevada de órgano fosforado (Perrofín) porque se entera que su actual conviviente W. había recibido una llamada telefónica, quien habría sido su esposa, informándole que una de sus hijas estaba en agonía en el Hospital, éste cuando llegó a la casa de salud su hija ya había fallecido, atribuyéndole la culpa a O., diciéndole que si no hubiera estado con ella perdiendo el tiempo, hubiera podido ver a su hija con vida. Por lo que la paciente se culpabiliza y empieza a escuchar llanto de bebe y a ver sombras que se cruzan. Se sintió engañada por W. y culpable por la muerte de la hija por lo que optó por intentar quitarse la vida. Está constantemente agresiva con cualquier persona que se le acerque. Desea que sus hijos se queden con la mamá porque ella no ve otra salida más que el suicidio.

R. (madre): Manifiesta que su hija siempre ha sido una mujer rebelde, que pasaba solo llorando, irritable y que se escapa de las casa constantemente. Maltrata físicamente a sus hijos si éstos lloran o hacen algún berrinche. Incluso dejaba que sus parejas maltraten a sus hijos a tal punto de dejarlos hasta sin habla. R. desearía que su hija se dedique a ser madre y que ya no esté andando por las calles con varios hombres, la madre comenta que todo el dinero que gana en el mercado le da a sus parejas y sus hijos no tienen ni para comer.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

El padre de O., fue alcohólico y maltrataba físicamente a la madre y a la paciente. Éste fallece de cirrosis. O. presenta ya un duelo no resuelto.



Luego, R. contrae matrimonio por segunda ocasión, cuyo padrastro maltrataba físicamente a O., por lo que los vecinos del barrio donde vivían informaron al INNFA para que llevaran a la paciente a una fundación llamada Mensajeros de la Paz, allí vivió un año (desde los 15 hasta los 16 años), pero esta fundación notó que la familia había cambiado, dejaron salir a O. para que vivieran con la madre y el padrastro, paso un mes y los maltratos aparecieron de nuevo, por lo que O. opta por salir de la casa. La madre de O. ha intentado mejorar la situación de su hija buscando apoyo con los sacerdotes de la iglesia. Luego la madre la maltrató físicamente en cada embarazo.

El padrastro de O. no quiere que ésta regrese a la casa porque no es hija de él, por lo que la paciente arrienda un cuarto y vive junto con sus hijos y sus parejas sentimentales. O. menciona que no puede vivir sin un hombre a su lado y por eso prefiere vivir sola para que su madre no se inmiscuya en su vida.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos escolares

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

O.: Se expresa de manera agresiva, exaltada, irritable, autoritaria y directa sobre la manera de cómo va a intentar suicidarse por segunda ocasión. Cuando habla de W., baja la voz, se tranquiliza y habla de manera pasiva. Su lenguaje no verbal es de agresión, quiere arañar a cualquier persona que se le acerque. (Se habla con la paciente cuando está amarrada a su camilla Su expresión facial es de asombro cuando ve las sombras y se



asusta cada vez que escucha el llanto de bebe.

R. (madre): Se comunica de manera agresiva, exaltada y directa con su esposo y con el resto de familiares. Siempre está a la defensiva. Habla con agresividad al momento de expresar las conductas desadaptativas de O. Incluso su lenguaje no verbal muestra agresividad cuando mira a su hija en la camilla del Hospital, por lo que decide llevarla a vivir a su casa.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de O. existían malas relaciones. Su madre sufría de constantes maltratos físicos por parte del esposo, quien era alcohólico y falleció de Cirrosis. Posteriormente, R. se vuelve a casar, y su pareja maltrataba físicamente a O. junto con ella. Por lo que decide el INNFA llevarla a una casa de acogida para darle protección. Estos acontecimientos continuaron influyendo en la vida de O. por lo que incluso consigue parejas sentimentales con similares conductas como las de su padre y padrastro, la maltratan físicamente a ella y a sus hijos, luego la abandonan.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- Falta de apoyo familiar y la poca comunicación con el resto de sus familiares.
- La paciente ha sido diagnosticada de depresión mayor.
- Trabaja en el mercado “Feria Libre” vendiendo frutas, la paciente menciona que el dinero que ella gana le alcanza para vivir con otras personas y sus hijos.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

La madre de O., decide apoyarla en última instancia. Desea ingresarla a un



centro donde la puedan ayudar con su problema.

**8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE
SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS**

Depresión Mayor

**9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA
INFORMACIÓN, ETC.**

**10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA
(Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el
síntoma servir a la función?)**

- ¥ El alcoholismo y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia, al parecer existe un duelo no resuelto. (Pérdida del padre) Podría ser que el alcoholismo y la negligencia de los padres hacia la hija, fuera la causa principal para que la paciente encuentre parejas sentimentales agresivas y estos actos fueran el principal factor desencadenante para que la paciente llegara a padecer de trastorno del estado de ánimo (Depresión). La estructura o dinámica familiar, es en este caso, es un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio en O.
- ¥ Las disfuncionalidades en las interacciones con las parejas de la paciente son pautas repetitivas de la familia de origen. O. presenta las mismas conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos – alcoholismo).
- ¥ Los problemas interpersonales con la familia de origen (Falta de apoyo), y luego con su padrastro, llevaron a la paciente a sentirse rechazada y desesperanzada en cuanto a sus actuales relaciones de pareja, éste no es más que un coadyuvante principal para que la paciente se envenenara con



perrofn.

- ¥ No existe límites claros entre la paciente y la familia. La jerarquía la lleva O. en su hogar. El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Gran parte de la niñez y de la adolescencia de O. estuvo en un caos constante debido a que su padre, quien falleció de cirrosis, consumía alcohol y maltrataba físicamente a la esposa y a su hija, dando a entender que existía una negligencia en el hogar, pudiendo ser una de las causas para que aparecieran conductas desadaptativas en la paciente, la llevaran a conseguir parejas sentimentales con las mismas características como las de su padre y sobre todo la aparición de las conductas suicidas. (La paciente es diagnosticada Depresión Mayor).
- ¥ Los límites y reglas en la familia de origen de O. fueron difusas, una familia desligada. Incluso cuando su madre contrae matrimonio por segunda ocasión, su padrastro era quien tenía la jerarquía en su hogar y propinaba maltrato físico a la paciente junto con la madre.
- ¥ Los límites son rígidos en el hogar actual de O. Ésta impone a sus pequeños hijos las tareas y los maltrata físicamente en caso de que no la obedezcan. A consecuencia de su depresión, ésta pasa irritable, desesperanzada, agresiva y con llanto constante. La paciente ve al suicidio como la única salida a sus problemas. Continúa escuchando el llanto de un bebé y observa sombras. Las relaciones sentimentales de O. son caóticas, no se comprende con ninguno de ellos porque hace mala elección de pareja. Pasa en constantes discusiones y maltratos.



12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA			
Padraastro	Mamá	Hija	Abuela/o		Aglutinadas	Desligadas	
X		X				X	

OTROS
Alcoholismo
Maltrato físico
Negligencia
Depresión Mayor



CASO 8

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

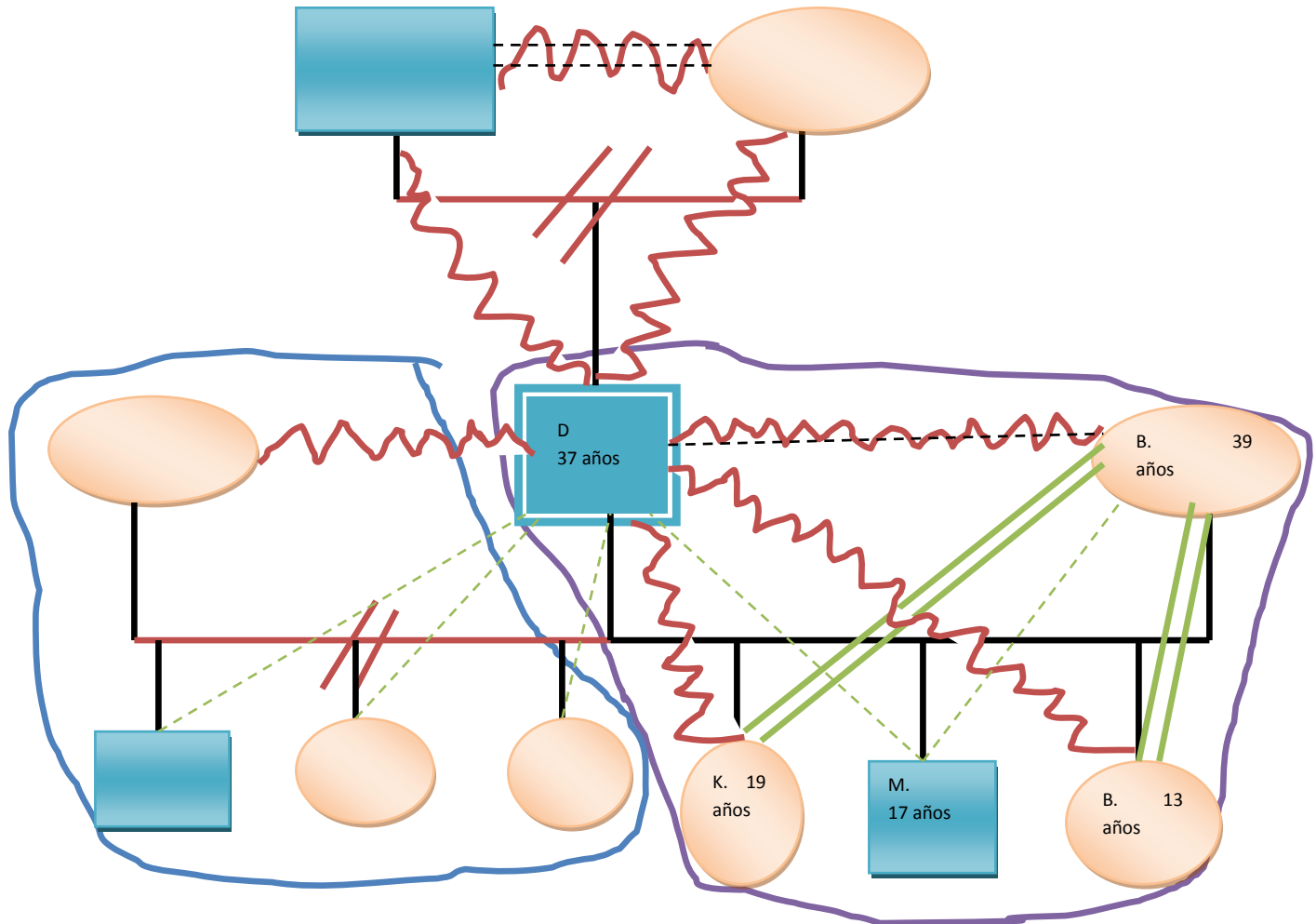
FECHA: Cuenca, 18 de Octubre del 2011	
Nombre del paciente: D. S.	Casado con: B. S. (39 años)
Edad: 37 años	Ocupación: Negociante de Cuyes
Nombre del Padre: P. S.	Nombre de la madre: M. C.
Edad del padre: 52 años	Edad de la madre: 50 años
Ocupación: Padre: Negociante	Madre: Ama de casa
RELIGION: Paciente: Evangelista (1 año)	Esposa: Evangelista (4 años)
Número de hijos del paciente (orden de nacimiento) y edades 1. K. S. – 19 años 2. M. S. – 17 años 3. B. S. – 13 años	Ocupación - estado civil. 1. Estudiante - Soltera 2. Quito (recién) – Trabaja - soltero 3. Estudiante
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ Cuenca, Ricaurte

Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.) D. es divorciado. Tiene tres hijos de este primer matrimonio.

Asisten a terapia: D.

Remitida por: El paciente es ingresado al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por haber tomado 35 pastillas antidepresivas provocándole intoxicación.

GENOGRAMA



1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

D.: Menciona que ha ingerido 35 pastillas antidepresivas con el fin de intentar suicidarse porque su esposa le ha pedido el divorcio y su hijo M. decidió ir a vivir en Quito y trabajar por su cuenta debido a que no soportaba más los problemas que existían en su casa. B., quien padece de Depresión, le había reclamando que por la culpa de él los hijos se alejan de



la casa y que ya no le soportan y que prefiere el divorcio.

Su esposa desea que le deje las casas y el negocio de cuyes para poder mantener a sus hijos. El paciente se siente triste y llora al recordar que sus hijas están a favor de la madre y que piden que se divorcie o que se suicide. D. desea que su hijo M. regrese, que sus hijas no se alíen con la madre en contra de él y desea mejorar las relaciones con su esposa.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

B., la esposa de D., empezó a padecer de depresión hace 5 años, y pasa en constante terapia con el psiquiatra. En vista de que la religión católica no ayudaba a salir de sus problemas emocionales y conyugales, ésta busco ayuda donde los evangelistas, quienes le llevaron a retiros evangélicos para buscar la sanación. Los evangelistas ayudaron a que ella se sienta aliviada. Le convence a D. para que también pase a ser parte de la religión evangélica con el fin de que mejore su relación matrimonial, éste le obedece y pasa toda la familia a pertenecer a este grupo. Los problemas conyugales no mejoraron, B. continuaba irritable, agresiva, explosiva en contra de D., e incluso no dejaba que su esposo administre el dinero que cogían de los arriendos de las casas y del negocio de los cuyes para que no de ni un solo centavo a sus otros hijos del primer matrimonio, ésta los llama los “bastardos”. Ella administra el dinero. Por último, ve que las cosas no mejoraron entre su esposo y ella, y en vista de que los hijos tenían dificultades con su padre, decide llamar a un pastor para que mediante una reunión familiar le dijeran a D., que B. desea el divorcio y que le deje las casas y el negocio de cuyes para que ella pueda mantener a sus hijas y él empiece una vida nueva con otra persona.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos



pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos adolescentes

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

D.: Habla de manera indirecta, con la voz apagada cuando habla sobre las dificultades de su hogar y sus problemas conyugales. Su lenguaje no verbal es de sumisión (la cabeza metida entre sus hombros) y expresión de tristeza. Menciona que cuando habla con su esposa lo hace de manera indirecta al igual que con sus hijas, pero hay un momento que no se controla y se exalta con facilidad (Lenguaje agresivo). Con el único que tenía buena comunicación era con su hijo M.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de Origen de D. existían malas relaciones. Su madre sufría de constantes maltratos físicos por parte del esposo, a parte de ello éste le era infiel. La pareja decide divorciarse e independizarse, pero dejan a D. a cuidado de la abuela materna quien maltrataba físicamente y explotaba económicamente al paciente (negligencia del hijo). Estos conflictos continuaron influyendo en la vida de D., quien incluso llegó a encontrar una esposa de similares conductas como las de su padre y de su abuela (Autoritarios), y él continuaba en la posición de sumisión de su madre. En la actualidad lo han llevado a formar un hogar caótico y sin límites. El paciente vivió en un hogar negligente a causa del divorcio de los padres y es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarlo a la situación actual, porque no ve más salida que el suicidio.



6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La alianza familiar (B., K. y B.) en contra de D.
- Los amigos y amigas están pendientes de D. porque lo consideran una buena persona que incluso a ayudado económicamente a niños desamparados. Ellos ven a B. como la que ocasiona todos los problemas, e incluso apoyan a D. para que se divorcie de ésta sin dejarle nada. (Amigos y amigas insinúan que B. le es infiel a D. – No hay nada concreto)

7. FORTALEZAS FAMILIARES

D. habla con mucho cariño de su hijo M, quien incluso le ha pedido que se vaya a vivir con él en Quito para que no tenga dificultades con su madre. El paciente menciona que es con el único hijo con quien tiene comunicación y con el que se ha llevado bien.

8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

- ¥ D. desea que su hijo M. regrese a la casa para poderle brindar el estudio que necesita. A B. le da igual si su hijo está fuera de casa, más se interesa por las dos hijas (Alianza), porque al parecer M. era quien hablaba en el lugar de D. ante algún conflicto con B. La familia no tiene límites claros, existe caos conyugal y problemas de interacción familiar.



- ¥ El maltrato físico, las infidelidades, el divorcio y la negligencia de los padres durante la niñez del paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con D., incluido los maltratos físicos y explotaciones de la abuela materna. Podría ser que el divorcio provocó la negligencia de los padres hacia los hijos y fuera la causa principal para que el paciente escogiera parejas autoritarias y éste pase a la posición de sumisión de la madre y soporte todo tipo de humillaciones y maltratos propinados por sus parejas. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio. Las presiones en las que vive el paciente lo llevaron al intento de suicidio.

- ¥ Los conflictos de D. no son más que pautas repetitivas de la familia de origen. D. presenta las mismas conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos – sumisión). Sus problemas interpersonales con la familia llevan al paciente a sentirse rechazado, desesperanzado y desvalorizado en cuanto a sus actuales relaciones conyugales y la falta de apoyo familiar indican ser los coadyuvantes para que el paciente se intoxicara con 35 pastillas antidepresivas que eran de su esposa B.

- ¥ No existe límites claros entre los cónyuges y la familia. Debería dejar de tener la jerarquía la madre y dar más lugar al padre. El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ En la familia de origen de D., existían muchas dificultades en sus relaciones. El padre, quien era infiel con su esposa y la maltrataba físicamente, decide pedirle el divorcio a la madre de D. para estar libre y



UNIVERSIDAD DE CUENCA

continuar su vida de manera independiente. Éste hecho ocurrió cuando el paciente tenía 12 años de edad. Se puede notar que hubo negligencia por parte de los padres hacia sus hijos. Luego D. pasa a vivir con su abuela materna, quien lo maltrataba físicamente y lo hacía vender cuyes en el mercado, cuyo dinero ganado, recibía la abuela. No le permitió que estudie.

- ¥ Los límites y reglas en la familia de origen de D. fueron difusos, una familia desligada. D. opto por salir a la edad de 18 años de la casa de la abuela para dejar de ser maltratado y explotado. Y es cuando conoce a su primera esposa, quien también era depresiva y se había quedado con todos los bienes de D. Los hijos de esta relación no tienen ningún contacto con el padre.
- ¥ El cambio de religión transformo a la familia: existe una alianza entre B., K. y B. en contra de su padre. Las tres desean que D. se suicide o se vaya de la casa dejándoles todo. Límites rígidos.

- ¥ El poder y la jerarquía la tiene B., D. es totalmente desvalorizado dentro de su sistema familiar. El paciente es flexible y sumiso. Las relaciones entre los cónyuges son caóticas, no se comprenden, pasan en constante discusión por la situación del divorcio y de los bienes materiales.



12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA		
Esposo	Esposa	Hijo/a	Abuela/o	Aglutinadas	Desligadas	
	X				X	

OTROS
Maltrato físico
Infidelidad
Divorcio
Negligencia



CASO 9

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

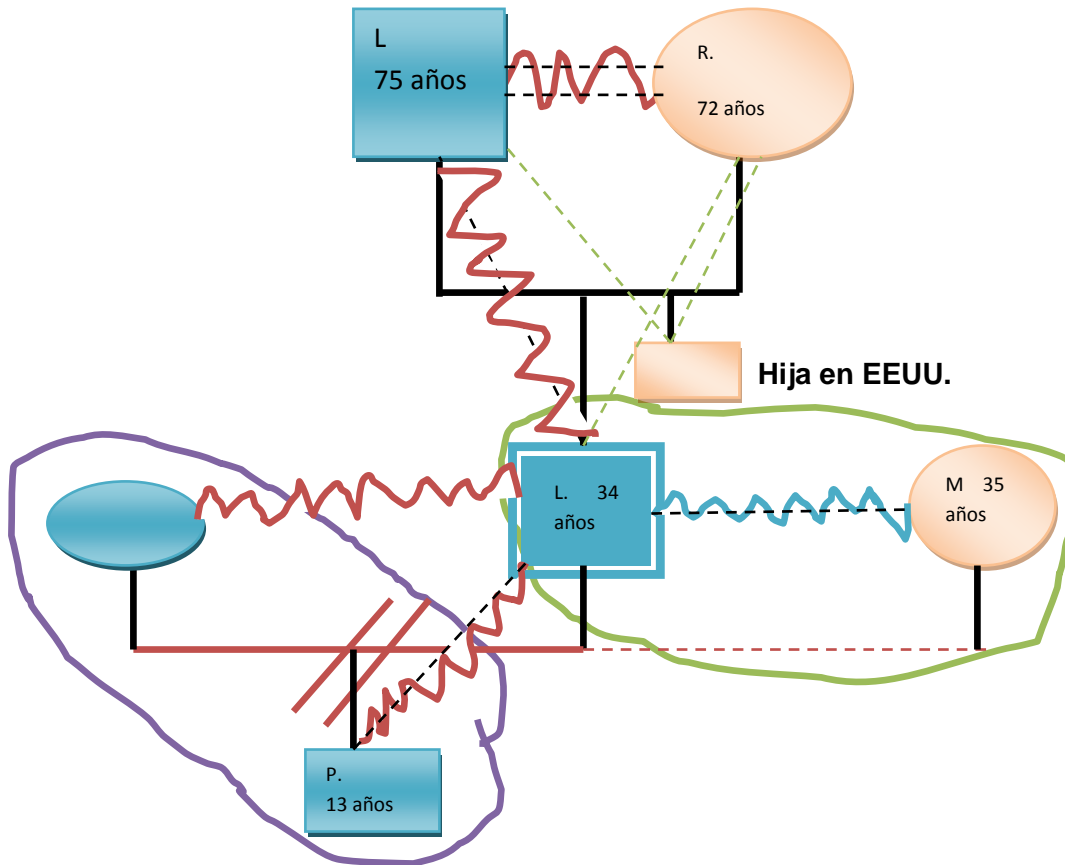
FECHA: Cuenca, 19 de Octubre del 2011	
Nombre del paciente: L. C. Y.	Unión Libre con: M. G. (35 años)
Edad: 34 años	
RELIGION: Paciente: Católica	
Número de hijos del paciente (orden de nacimiento) y edades (1er Matrimonio) 1. P. C. – 13 años	Ocupación - estado civil. 1. Estudiante
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ Cantón Nabon, Provincia del Azuay.

Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.) Es divorciado y tiene un hijo. Actualmente ha formado una unión libre.

Asisten a terapia: L. y M.

Remitida por: El paciente es ingresado en el área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por haber ingerido alcohol por el lapso de tres semanas seguidas, presentado ansiedad, irritabilidad y debilidad generalizada. Menciona que ha intentado suicidarse por dos ocasiones.

GENOGRAMA



1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

L.: Manifiesta que ingiere alcohol desde los 17 años de edad y que no ha ingresado a ningún centro de rehabilitación para salir de sus problemas de alcohol. Indica que ha tenido dos intentos de suicidio. Su primero intento fue cuando cumplió 19 años de edad, estaba ebrio e ingiere perrofín y se acordó de cómo su padre alcohólico crónico lo maltrataba físicamente junto con su madre. La segunda vez fue a la edad de los 30 años (ingiere



perroffín), cuando se divorció de su primera esposa a causa de los maltratos físicos que L. le propinaba.

Actualmente tiene una nueva relación, y menciona que también la agrede físicamente cada vez que está ingiriendo alcohol. Desea ingresar a un centro de Rehabilitación para alcohólicos para dejar de consumir alcohol y no quiere perder a M. como perdió a su primera esposa a causa del maltrato físico.

M.: Manifiesta que su conviviente consume alcohol durante tres semanas seguidas presentando irritabilidad, ansiedad y debilidad generalizada. Y cada vez la maltrata físicamente cuando éste esta ebrio, pero cuando está bueno y sano no lo hace. M. está segura de que L. va a cambiar porque siente que la ama de verdad, y que solo necesita tratamiento para salir de sus problemas de alcoholismo. Con respecto a los intentos de suicidio, M. menciona que cada vez que esta ingiriendo alcohol amenaza con quitarse la vida si no le dejan consumir alcohol. Siempre se siente solo, pasa llorando, irritable y agresivo. M. desea que L. deje el alcohol y que tome consciencia del daño que se hace. Que la deje de maltratar y que ingrese a un centro de rehabilitación para alcohólicos.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

M., como su actual conviviente ha estado insistiendo constantemente que ingrese a un centro de Rehabilitación, pero L. se a negado rotundamente. P., el hijo de L., le ha pedido que ingrese a algún centro pero su padre lo maltrato físicamente por haberle insinuado que se recupere de su problema de alcoholismo. Cada vez que se intoxica, viene al hospital y ofrece ingresar



a un centro y dejar de maltratar a M. pero no lo cumple. Aun no toma consciencia de su problema (Negación).

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una pareja sin hijos.

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

L.: Se comunica de manera agresiva, exaltado y directo con su pareja M. y con su hijo P. Habla directamente sobre sus problemas de alcoholismo y sobre los maltratos físicos que le propinaba su padre. Es indirecto al hablar sobre sus sentimientos. Su lenguaje no verbal es de irritabilidad, ansiedad y confusión.

M.: Se comunica de manera exaltada y directa frente a L., en ocasiones inclina su cabeza y no dice una palabra hasta que L. le pregunte sobre algún tema. Habla con agresividad al momento de expresar los maltratos físicos que le propina L., pero sin embargo tiene la esperanza de que éste cambiara por el amor que le siente a ella e ingresará a un centro de rehabilitación.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de origen de L., han existido conflictos en sus interacciones familiares. Su madre sufría de constantes maltratos físicos por parte del esposo, quien era alcohólico. A la vez, L. también era maltratado. Estos problemas han influido en la vida de L. hasta la actualidad. El paciente es alcohólico y maltrata físicamente a su pareja sentimental e incluso a su hijo



P. En la familia de M. también existían malas relaciones entre sus padres, hubo un padre alcohólico y una madre que maltrataba físicamente a ésta. Estas familias de origen fueron disfuncionales, influyendo dichas conductas en la convivencia de L. y M. llevándolos a formar un hogar caótico y sin límites. El paciente convivió en un hogar negligente a causa del alcoholismo del padre y es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarlo a ser alcohólico y a presentar conductas suicidas.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- L. no puede conservar un trabajo a causa del alcoholismo.
- Su grupo de amigos también ingiere alcohol por varias semanas seguidas
- Falta de apoyo familiar
- La esperanza de M. de que L- si va a cambiar. Esta segura que si éste ingresa a un centro, dejara de ser agresivo con ella y será un buen conviviente.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

Su relación actual con M. Sobre todo la fe que M. tiene que él va a cambiar. Esto motiva a L. a querer vivir.

8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.



**10.HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA
(Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el
síntoma servir a la función?)**

- ¥ L. y M. desean mejorar sus relaciones conyugales con el fin de no separarse y tener hijos. La táctica de L., para que M. se convenza de que él si va a cambiar es con la manipulación y chantaje. El paciente le dice cada vez que va a ingresar a un centro de rehabilitación para mejorar sus problemas de alcohol y maltrato. Así M. no lo abandona. Ella le cree y tiene fe de que éste va a cambiar. Existe una negación de la realidad.

- ¥ El alcoholismo y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia del paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia. Estos conflictos de la familia de Origen de L. aparentan ser la causa principal para que el paciente se haya dedicado al alcoholismo y se convierta en un hombre que maltrata físicamente a sus parejas sentimentales. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.

- ¥ Las dificultades en las interacciones de la pareja, son pautas repetitivas de la familia de origen. La pareja presenta las mismas conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos – alcoholismo). Los problemas interpersonales con la familia llevaron al paciente a sentirse rechazado y desesperanzado en cuanto a sus actuales relaciones de pareja y la falta de apoyo familiar podrían ser el principal coadyuvante para que el paciente haya intentado suicidarse en dos ocasiones.

- ¥ No existe límites claros entre los cónyuges y la familia. Se debería nivelar la jerarquía. El límite externo del sistema es poco permeable.



11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Gran parte de la niñez y de la adolescencia de L. estuvo en un caos constante debido a que su padre consumía alcohol y propinaba maltrato físico a la madre, a L. y a su hermana, dando a entender que existía una negligencia en su hogar, pudiendo ser una de las causas para que su hermana viajara hacia los EEUU y no regresara o se comunicara con la familia y para que L. consumiera alcohol desde los 17 años de edad.
- ¥ Los límites y reglas en la familia de origen de Lucas fueron difusos, una familia desligada. Cada uno de sus hijos hacían lo que querían e incluso hasta llegar al consumo de alcohol tal cual como lo hacía el padre de L.
- ¥ El poder y la jerarquía en la actual pareja la tiene L. Desautoriza cualquier decisión que tome M. Ésta es una mujer flexible y sumisa actualmente. Las relaciones entre los convivientes son caóticas, no se comprenden, pasan en constante discusión por la situación del alcohol y los maltratos físicos.
- ¥ En la actualidad las reglas y límites son rígidos dentro de su interacción familiar. El paciente manipula a la pareja, mintiéndole que él si va a asistir a algún centro de Rehabilitación con el fin de que ésta no le abandone.



12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA			
Esposo	Esposa	Hijo/a	Abuela/o		Aglutinadas	Desligadas	
X						X	

OTROS
Alcoholismo
Maltrato físico
Negligencia



CASO 10

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 24 de Octubre del 2011	
Nombre de la paciente: E. V. M.	Unión Libre: D. F. (21 años)
Edad: 18 años	
Nombre del Padre: M. M.	Nombre de la madre: R. C.
Edad del padre: 57 años	Edad de la madre: 54 años
Ocupación: Padre: EE.UU	Madre: Ama de casa
RELIGION: Padre: Católica	Madre: Católica
Número de hijos de la paciente (orden de nacimiento) y edades 1. J. F. – 1 año y 10 meses	Ocupación - estado civil.
Fecha de matrimonio de los convivientes: 2008	Otros miembros de la familia que vivan en el hogar:
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ Cuenca, Av. De las Américas – Entrada Miraflores

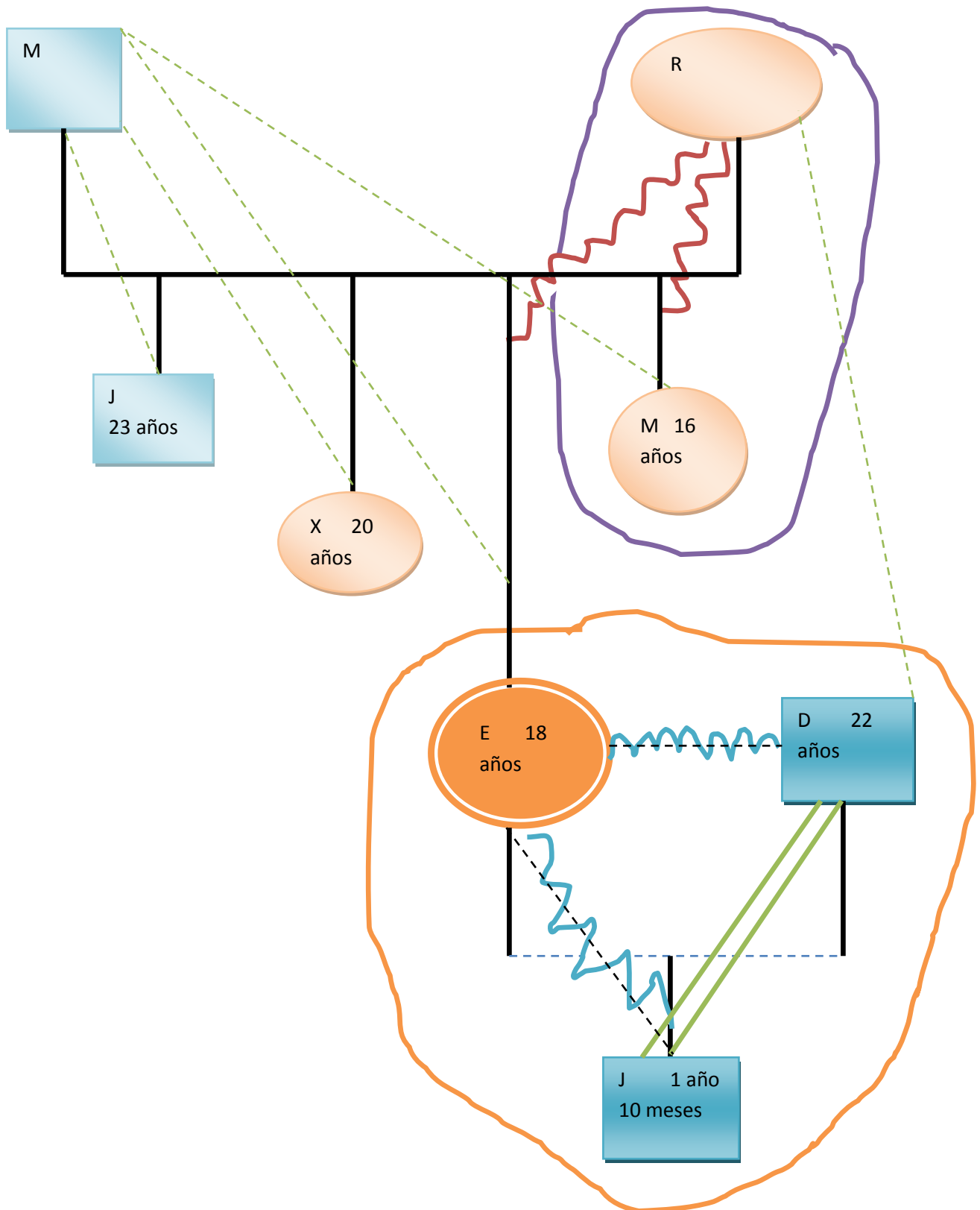
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.)

Asisten a terapia: E. y D.

Remitida por: La paciente es ingresada al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por haber intentado ahorcarse con un cabo en la viga de su casa provocándole cortadas graves alrededor de su cuello.



GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

E.: Ha intentado ahorcarse con un cabo en la viga de su casa. Llega irritable, hablando incoherencias, totalmente agresiva y desaliñada. Se le aplica Diazepan para tranquilizarla, pero no da resultado, por lo que la paciente es ingresada a cuidados intensivos por presentar fracturas en su cuello. Le impide hablar.

D.: Manifiesta que E. siempre a amenazado con ahorcarse si éste se separaba de ella. Antes del acontecimiento, la pareja habían tenido una discusión porque la paciente había maltratado físicamente a su pequeño hijo. D. le dijo que se iba a separar de ella porque ya no la aguanta más y que se iba a llevar al niño, fue cuando E. mencionó “Si te vas, yo me ahorco, te juro que me ahorco”, D. hizo poco caso a esta amenaza, cuando el salido a dejar a su hijo en el auto, regreso a llevar la ropa y fue cuando vio a su esposa colgando de la viga, éste grita y con la ayuda de los vecinos le logran salvar la vida. D. indica que la paciente pasa todo el tiempo llorando, irritable, agresiva, aislada, maltrata físicamente a su hijo pequeño cuando éste llora. Amenazaba a su esposo con pincharle con jeringuillas en su cuerpo, le daba chirlos en la cara y éste acude a responder el maltrato. Desea D. buscar la manera de separarse de E. sin que le afecte la separación e intente suicidarse otra vez, pretende quitarle a su pequeño hijo para que no lo maltrate físicamente.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

D. había llevado a E. donde el psiquiatra y la habían diagnosticado depresión mayor. Le recetaron medicación, pero la paciente no lo había tomado porque según ella no necesitaba nada. Los padres de D. llevaron a la pareja a su casa para poder cuidarlos a causa de los maltratos físicos



que estos dos se propinan mutuamente, pero la pareja no permaneció ni dos meses por la falta de comprensión entre E. y su suegra.

Luego D. buscó a la madre de E. y esta no quiso saber nada de su hija, y que como ya son pareja, que ellos resuelvan sus problemas. Ante los maltratos físicos de E. hacia el niño, D. se encargaba de controlarla propinándole maltrato físico, según éste para que sienta el dolor que Justin siente. Y lo que más intentó D., es separarse de ella y llevarse a su hijo, pero la paciente siempre lo amenazaba con ahorcarse si la dejaba, por lo que él optaba cada vez por quedarse con ella, según él “por el bien del niño, porque madre es madre”

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos pequeños

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

E.: Hablaba directamente sobre sus conductas suicidas. Su expresión verbal era agresiva (según D.) sino la hacían caso se irritaba con facilidad y se encerraba días enteros con su hijo en el cuarto y si éste lloraba lo maltrataba. Siempre está a la defensiva.

D.: Se comunica de manera agresiva, exaltada y directa con su esposa E. Habla con agresividad al momento de expresar los comportamientos de su conviviente y sobre los maltratos hacia él y su hijo. Cuando piensa en dejar a su pareja, su expresión no verbal es de tristeza, de espasmo y ansiedad. “Ahora le tengo miedo a mi esposa, con más razón quiero separarme de ella”



5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de origen de E. siempre han existido malas relaciones. La madre de la paciente la había comentado a D. que el esposo era un “mandarina y que ella podía hacer lo que sea con él” a tal punto que fue ésta quien le envió hacia los EEUU para que haga dinero sobre todo para E. y M., para sus otros hermanos y para ella misma, pero no supo jamás sobre el paradero del padre hasta no mas de tres años que les había empezado a llamar a sus hijos. La madre de la paciente maltrataba físicamente a todos sus hijos y en especial a E. porque le culpabilizaba por el abandono del padre. Estos traumas continuaron influyendo en la vida de E. a tal punto de encontrar un esposo con similares conductas a la de su familia. En la familia de D. también existían malas relaciones entre sus padres, hubo un padre sumiso y una madre quien llevaba la jerarquía del hogar. Ésta maltrataba a sus hijos sino la hacían caso. Estas familias de origen fueron disfuncionales, influyendo dichas conductas en la vida de pareja de E. y D. llevándolos a formar un hogar caótico y sin límites. Con conductas de maltrato y agresividad. La paciente convivió en un hogar negligente a causa de la migración del padre y el maltrato de la madre y es por ello que esas interacciones y conductas disfuncionales pudieron llevarla a la situación actual.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La familia de E. no la apoyan, no la aceptan en su casa. Existe una falta de comunicación entre los miembros de la familia.
- La paciente ha sido detectada de depresión mayor.



7. FORTALEZAS FAMILIARES

D. manifiesta que el padre de Ericka esta dispuesto a ayudarle económicamente para que se haga algún tratamiento para su depresión.

8. CONDICIONES FISICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/ MEDICAMENTOS

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

- ¥ D., desea separarse de E. e irse a vivir con su pequeño hijo. Teme que los maltratos y conductas de su esposa lleven al niño a padecer algún problema. Piensa no dejarse manipular más por la depresión de su pareja. D. intenta poner límites rígidos. Las relaciones entre las familias de la pareja son caóticas porque no pueden establecer buenas comunicaciones.
- ¥ La migración del padre, los maltratos físicos de la madre y la negligencia durante la niñez y adolescencia de la paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia. Parece ser que estos problemas de los padres influyeron hacia los hijos y fueron la causa principal para que la paciente sufriera actualmente de trastorno del estado de ánimo (Depresión) y que éste trastorno más la falta de apoyo familiar fueran los coadyuvantes para su conducta suicida. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.
- ¥ Las dificultades y disfuncionalidades en las interacciones de la pareja son pautas repetitivas de la familia de origen. E. y D. presentan las mismas



conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos – sumisión).

- ¥ No existe límites claros entre la pareja y la familia. Debería dejar de tener la jerarquía E. El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Durante la niñez y la adolescencia de E., las relaciones en su familia de origen eran un caos constante. Su padre emigra a los EEUU hace 17 años (Cuando E. tenía un año) y la paciente queda al cuidado de su madre, quién, la maltrataba físicamente y la hacía sentir culpable del abandono del padre. Este hogar fue negligente. Estos conflictos en esta etapa de vida de E. la llevaron a padecer en la actualidad del trastorno de estado de ánimo (depresión) y a encontrar una pareja sentimental agresivo como es el comportamiento de la madre.
- ¥ Los límites y reglas en la familia de origen de E. fueron difusos, una familia desligada. Cada uno de los hijos hacían lo que querían e incluso la paciente se había fugado en varias ocasiones de su casa junto con su actual pareja y por varios días, quedándose ésta embarazada y optó por reunirse don D.
- ¥ El poder y la jerarquía lo tiene la paciente. D. acata más las reglas que impone ésta, pero hay un momento en que el conviviente acude a agredirla. Las relaciones entre la pareja son caóticas, no se comprenden, pasan en constante discusión por la situación de la separación, por el maltrato físico hacia su pequeño hijo y se culpa el uno al otro por sus problemas de pareja.
- ¥ En la actualidad las reglas y límites son rígidos dentro de su interacción familiar a razón de las manipulaciones que hace E. para retener a D.



12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA		
Esposo	Esposa	Hijo/a	Abuela/o		Aglutinadas	Desligadas
	X					X

OTROS
Migración
Maltrato físico
Negligencia
Depresión Mayor



CASO 11

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 25 de Octubre del 2011	
Nombre del paciente: J. E. T.	Casado con: R. M. (36 años)
Edad: 48 años	
Ocupación: Agricultor	Esposa: Agricultora y ama de casa
RELIGION: Paciente: Católica	Esposa: Católica
Número de hijos del paciente (orden de nacimiento) y edades 1. M. T. – 8 años 2. J. T. – 6 años 3. G. T. – 4 años	Ocupación - estado civil. 1. Escuela 2. Escuela 3. Escuela
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ San Miguel – Gualaquiza – Oriente

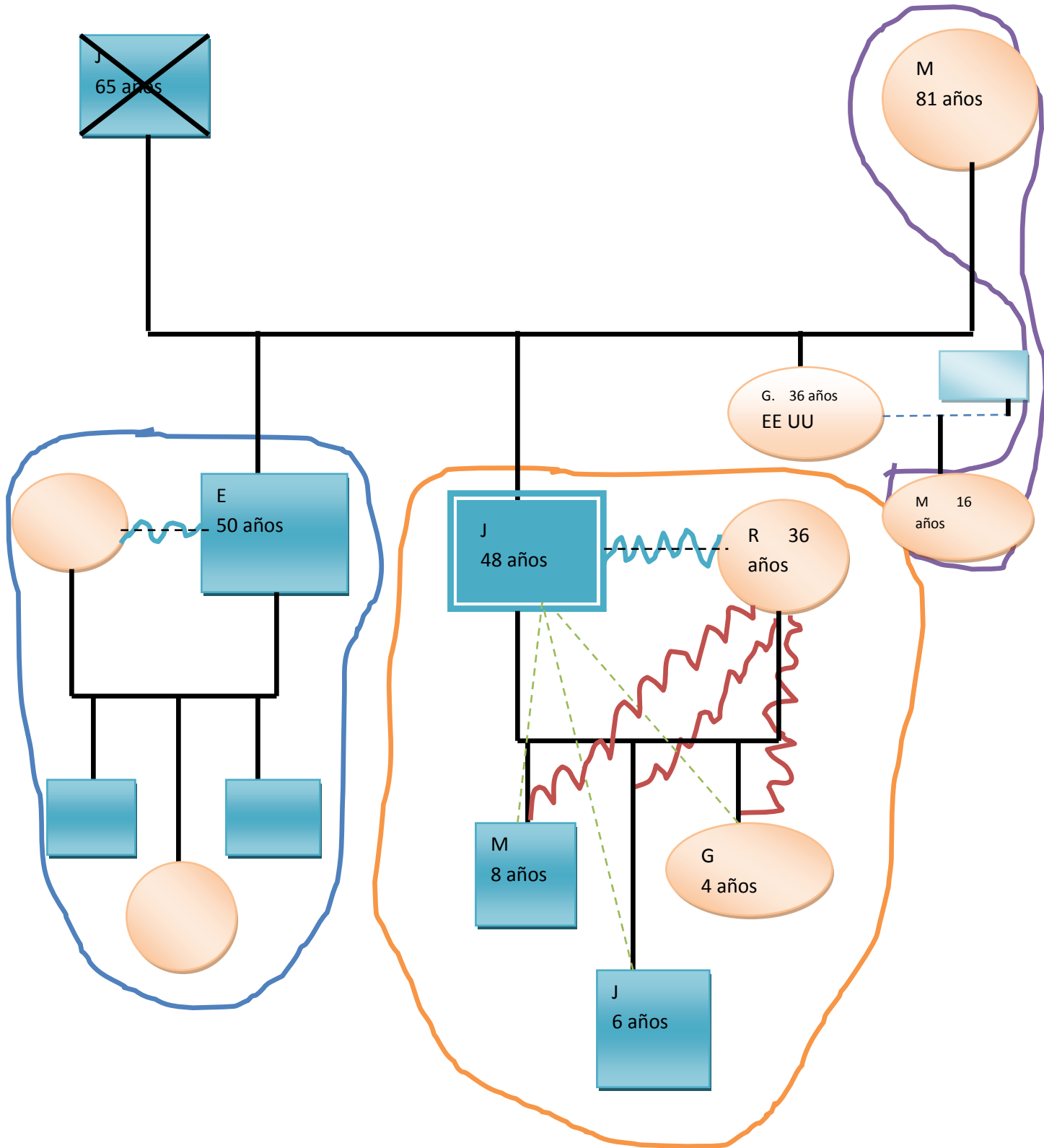
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.)

Asisten a terapia: J. y M. (sobrina de paciente)

Remitida por: El paciente es ingresado al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por ingesta de sustancia tóxica (órgano fosforado) llamado NUVAN y por haber consumido alcohol por el lapso de 6 horas.



GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

J.: Ingiere una dosis elevada de órgano fosforado (NUVAN – Veneno para ratas) mezclado con alcohol debido a que su esposa lo maltrató físicamente con un látigo a causa de que, en vez de traer la comida para la casa se quedó bebiendo con los amigos. El paciente le dijo a la esposa: “Ya estoy cansado de que me grites y me pegues, ahora mismo voy a matarme para que te quedes en paz”, J. fue a un cuarto, sacó el NUVAN y se tomó delante de su esposa y de sus hijos. Menciona el paciente que ingiere alcohol desde los 16 años de edad. Consume durante tres semanas seguidas y empieza a portarse irritable, verborreico y ansioso. Es alcohólico crónico. J. desea que su esposa no lo maltrate físicamente, insiste que él no necesita ningún tratamiento para el alcoholismo porque cuando él quiera lo deja.

M.: Manifiesta que su tío es alcohólico crónico y que bebe varias semanas seguidas. Ésta es la primera vez que intenta suicidarse y que la culpable de todo esto es la esposa de J... R. también es alcohólica crónica, ingiere alcohol desde los 17 años y maltrata físicamente a sus hijos y al esposo, por ello es que su tío ya no le aguanta más. La sobrina desea que su tío sea ingresado en un centro de rehabilitación para alcohólicos para que tome conciencia de su problema y se haga cargo de sus hijos quienes son los que más sufren con el alcoholismo de los padres.



2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

J. en contadas ocasiones a decidido ir a vivir con su madre para evitar los maltratos de la esposa, de ves en cuando el paciente se encuentra con su hermano E., quien también es alcohólico crónico e ingieren juntos el licor por varias semanas, pero R. deja una semana el alcohol, le trata bien a J. hasta que regrese a casa y cobre el dinero de su trabajo de jornalero y le pide, según la esposa, para la comida de sus hijos, pero ella lo consume en alcohol y no compra los víveres para la casa, rara vez lo hace. Menciona el paciente que los vecinos dan de comer a sus hijos, y que éstos ya les habían amenazado con informar a algún centro para que les quiten a los niños sino dejan el alcohol y ponen más atención en su cuidado. Cada vez que Jorge ingiere alcohol, R. le castiga con un látigo indicándole que se ha bebido el dinero de la comida de sus hijos, cuando ella también hace lo mismo.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos escolares

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

J.: Habla directamente sobre su consumo de alcohol. Se expresa de manera indirecta al momento de comentar sobre el alcoholismo y maltratos físicos que le propinaba su padre. De igual manera lo hace cuando habla de R. Su lenguaje no verbal es de inseguridad, nerviosismo, tiembla al hablar, a la vez es de irritabilidad, y es cuando se comunica de nuevo de manera agresiva y exaltada.



5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de J. existió un constante caos familiar. Su madre sufría de constantes maltratos físicos por parte del esposo, quien era alcohólico y falleció de Cirrosis a la edad de 56 años. Estos acontecimientos continuaron influyendo en la vida de J. a tal punto que llegó a ser alcohólico como su padre y sumiso como la madre, encontrando una esposa con similares conductas como la de su padre, siendo el paciente maltratado físicamente con un látigo por una esposa quien también es alcohólica. En la familia de R., también existían malas relaciones entre sus padres, sus dos progenitores eran alcohólicos quienes fallecieron con cirrosis. Estas familias de origen fueron disfuncionales, influyendo dichas conductas en la vida matrimonial de R. y J., llevándolos a formar un hogar caótico y sin límites. El paciente convivió en un hogar negligente a causa del alcoholismo del padre y la sumisión de la madre y es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarlo a la situación actual.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La influencia de su hermano alcohólico, quien a parte de ingerir alcohol, maltrata físicamente a su esposa.
- Amigos alcohólicos que instan a beber a J.
- Su dinero lo malgastan en el alcohol
- Su esposa es alcohólica

7. FORTALEZAS FAMILIARES

El amor que siente J. hacia sus hijos. Lloro cada vez que los recuerda.



**8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE
SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS**

**9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA
INFORMACIÓN, ETC.**

**10. HIPÓTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SÍNTOMA
(Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el
síntoma servir a la función?)**

- ✎ J. desea regresar lo más pronto posible al Oriente a ver a sus hijos. Continúa pensando que no es necesario ingresar a un centro de rehabilitación para alcohólicos (Negación de la realidad). Su esposa tampoco acepta que es una alcohólica pero es la que tiene el poder dentro del sistema familiar. La familia en si se está poniendo límites demasiado rígidos. Las relaciones entre cónyuges es caótica.
- ✎ El alcoholismo y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia del paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia, piensa J. que en cualquier momento él es capaz de dejar el alcohol. Parece ser que el alcoholismo y la negligencia de los padres hacia los hijos, fuera la causa principal para que el paciente consumiera alcohol y fuera el desencadenante para las conductas suicidas. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.
- ✎ Las disfuncionalidades en las interacciones de la familia del paciente, no son más que pautas repetitivas de la familia de origen. El paciente presenta las mismas conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos – alcoholismo - sumisión).
- ✎ Los problemas interpersonales con la familia de origen, llevaron al paciente



a sentirse rechazado y desesperanzado en cuanto a sus actuales relaciones con su esposa, y que la falta de apoyo familiar serían los principales coadyuvantes para que el paciente se envenenara con Nuvan.

- ¥ No existe límites claros entre los cónyuges y la familia. Se debería regular la jerarquía. El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Gran parte de la niñez y de la adolescencia de J. estuvo en un caos constante debido a que su padre consumía alcohol, maltrataba físicamente a la madre (sumisa) y a los hijos, dando a entender que existía una negligencia en su hogar, pudiendo ser una de las causas para que el paciente sea alcohólico en la actualidad. El padre de J. fallece a la edad de 56 a causa de la cirrosis.
- ¥ Los límites y reglas en la familia de origen de Jorge fueron difusos, una familia desligada. Cada uno de sus hijos decidió hacer su vida, de manera libre por lo que les llevo a consumir alcohol a tempranas edades, no hubo control por parte de los padres.
- ¥ El poder y la jerarquía la tiene R. Jorge es flexible y sumiso actualmente. A tal punto que es castigado con un látigo en caso de que no acate las ordenes de su esposa alcohólica. La relación entre los cónyuges son caóticas, no se comprenden, pasan en constante discusión por la situación del alcohol, maltratan a sus hijos, incluso son negligentes con ellos, no les dan de comer ni atienden a sus necesidades.
- ¥ En la actualidad las reglas y límites son rígidos dentro de su interacción familiar. Las manipulaciones y castigos por parte de la esposa, hacen que J. se sienta presionado y sea una de las razones por las que ingirió el veneno.



12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA			
Papá	Mamá	Hijo/a	Abuela/o		Aglutinadas	Desligadas	
	X					X	

OTROS
Alcoholismo
Maltrato físico
Negligencia



CASO 12

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 14 de Noviembre del 2011	
Nombre del paciente: J. M.	Casado con: M. L. (20 años)
Edad: 22 años	
Nombre del Padre: J. M.	Nombre de la madre: L. C.
Edad del padre: 58 años	Edad de la madre: 56 años
Ocupación: Padre: Comerciante	Madre: Ama de casa
RELIGION: Padre: Católica	Madre: Católica
DIRECCION DEL DOMICILIO:	➤ Cuenca, Cristo Rey
Teléfonos:	➤ Celular: 092-885-372

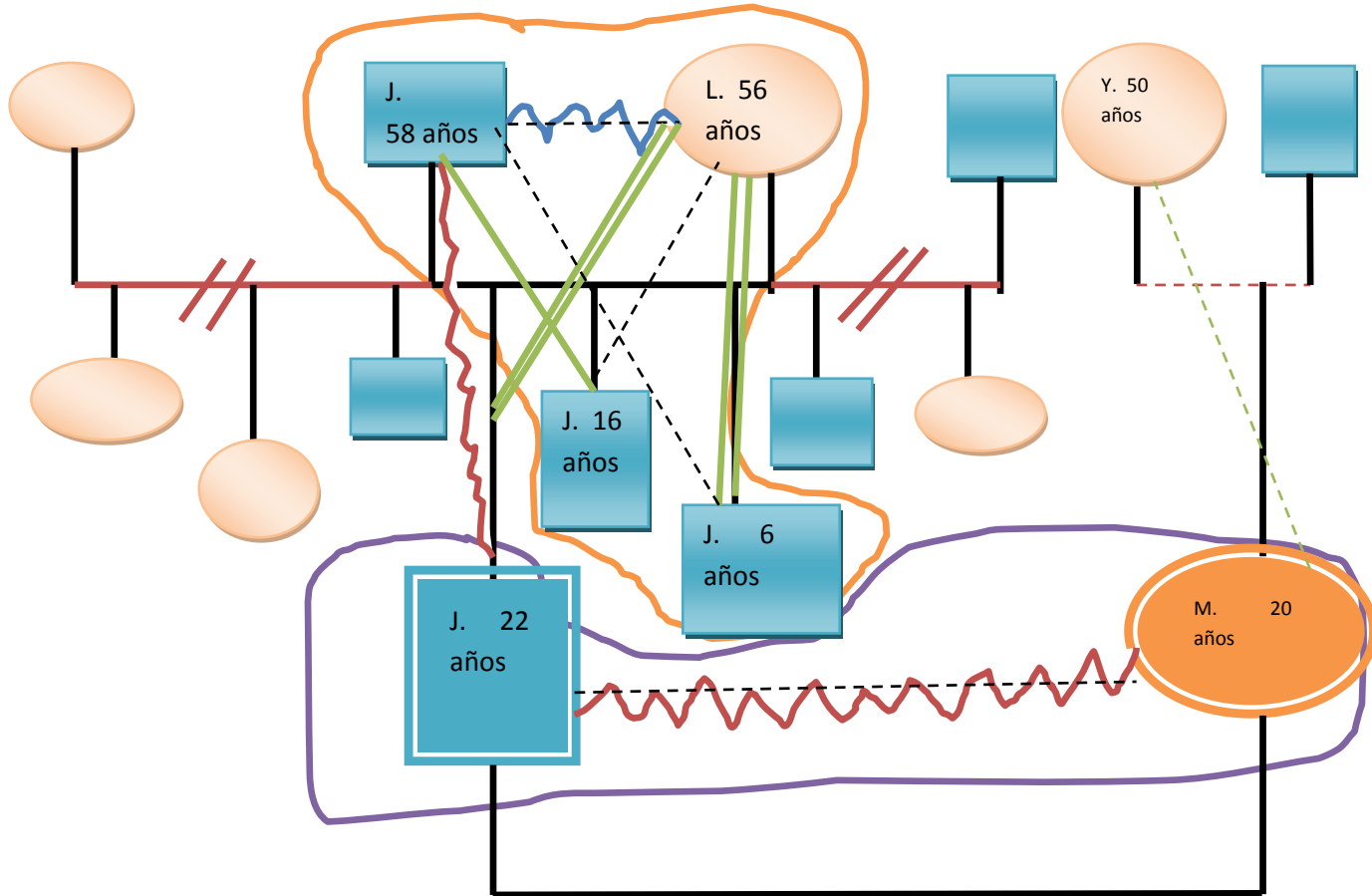
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.)

.....

Asisten a terapia: J. y M.

Remitida por: El paciente ingresa al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por haberse cortado su muñeca izquierda con un cuchillo de cocina. Posteriormente comenta que intentó suicidarse.

GENOGRAMA



1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

J.: Ingresa al Hospital para que le cojan unos puntos tras haberse hecho un corte con un cuchillo de cocina en su muñeca izquierda. Posteriormente comenta que intentó suicidarse tras una discusión con su esposa M., porque ésta no quiere continuar casada con él y ya no se comprenden, entonces tomó la decisión. El paciente había sido diagnosticado de depresión mayor en el CRA cuando su padre estaba internado a causa del alcoholismo.



J. ingiere alcohol desde los 12 años y fuma marihuana desde los 13 años. Desea dejar el alcohol y la marihuana, no separarse de su esposa, y continuar estudiando su carrera en comunicación social y teatro.

M.: Manifiesta que J. es demasiado celoso, que le cela de todo y a cada momento. Que cada vez que ella intenta separarse de él, éste le dice que se va a suicidar si ella lo deja solo, siempre solo ha amenazado, pero esta vez tomó el cuchillo y se cortó la muñeca. Se quiere separar de José porque éste le exige a que coma toda la comida, pero ella no desea comer porque se ve gorda en el espejo “Yo fui criada entre barbies, con esos lindos cuerpos, yo quiero ser como ellas” y él no me puede exigir. También ha sido diagnosticada de depresión a los 18 años, tiene dos intentos de suicidio ingiriendo 35 pastillas cada vez. Por ello dice ella que los dos están enfermos y que no se comprenden. Desea separarse de J. para continuar estudiando comunicación social y teatro, caso contrario ella intentará suicidarse para que J. la deje en paz de una vez.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

Los padres de la pareja no estuvieron de acuerdo que sus hijos se casaran porque ambos pasan constantemente llorando, irritables, melancólicos y agrediendo mutuamente. Pero como tomaron la decisión de casarse, los padres de J. pagan el arriendo del departamento, la comida y sus estudios. En cuanto a M., su madre (madre soltera), le paga su estudio y vestimenta. Han arrendado un departamento junto a los padres para estar vigilados constantemente en caso de que intentaran suicidarse o que J. maltrate físicamente a M. como lo hacía su padre a la madre, no les permiten que trabajen, solo estudien, o que tengan dinero en el bolsillo para que J. no ingiera alcohol ni fume marihuana.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)



Se trata de una pareja sin hijos.

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

J.: Indica que no es muy expresivo en cuanto a sus sentimientos, no es directo, ni habla abiertamente con sus padres, más bien se comunica de manera agresiva y exaltada. Con respecto a M., él menciona que la habla abierta y directamente, sobre todo cuando le dice que no salga sin él a la calle, porque siente demasiados celos y que si le deja o si se separa de él acudirá a suicidarse “para muestra, basta un botón, ya me corte la muñeca, la próxima será mi cuello”. Su lenguaje no verbal muestra una ira reprimida hacia M.

M.: Se comunica de manera agresiva, exaltada y directa con su esposo J. No le expresa lo que siente y piensa. Con su madre no hay comunicación abierta y directa. Su lenguaje no verbal muestra un recelo hacia J.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

La familia de J. es disfuncional. El Padre es alcohólico, autoritario y maltrata físicamente a la madre del paciente. Estas conductas de alcoholismo del padre, llevaron a J. a consumir alcohol desde la edad de los 12 años y a fumar marihuana a partir de los 13 años. Sufre de acoso por parte de iguales o bullying. Padece de depresión. La madre no hace el mínimo intento por poner reglas y límites en su hogar. Existe poca comunicación entre los miembros de esta familia. Sus reglas son rígidas. M., hija de madre soltera, quién ha sufrido maltratos por parte de su progenitora, padece de depresión y ha intentado suicidarse por dos ocasiones con pastillas a causa de que no había pasado los exámenes en su carrera. Cuando se mira al espejo se ve gorda. Su madre desde la niñez la ha criado entre barbies y le decía constantemente que tiene que verse como ellas, que se alimente poco.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la



familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- Las familias de J. y M. no aceptan su matrimonio. No hay relación entre los consuegros. J. no tiene buena relación con la madre de M. porque le dice que es un alcohólico y drogado. M. no tiene buena relación con los padres de J. porque le exigen que coma.
- J. no tiene buena relación con los amigos, cada vez que ingiere alcohol se porta mal con ellos debido a que los cela con su esposa.
- Los amigos y amigas de M. siempre la han apoyado para que estudie. Incluso la están apoyando para que se separe de J. “porque es un loco”

7. FORTALEZAS FAMILIARES

El deseo de continuar superándose en la universidad. Desean terminar su carrera en Comunicación Social y Teatro. J. está en tercer año en ambas carreras y M. en primer año en ambas carreras. En cuanto a su relación y conflictos no tienen los objetivos claros.

8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

Ambos cónyuges diagnosticados depresión.

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

¥ El alcoholismo del padre y los maltratos físicos que proporcionaba a la



madre y a J. fueron el detonante para que aparecieran problemas de interacción y comunicación dentro de la familia y con su grupo de pares. Las humillaciones recibidas durante la etapa de la niñez y adolescencia de J. fueron los principales causantes de las conducta suicida y del consumo de alcohol y marihuana.

- ¥ La madre de M. no estuvo de acuerdo que sus hijos se hayan casado por el alcoholismo y el maltrato físico que existe en el hogar de J. y que todo esto es una mala influencia para las actuales interacciones en el hogar de la pareja, es por ello que las dos partes cuidan a su hijos como si fueran pequeños aun y no les dan el espacio o la independencia suficiente para realizar su vida de pareja. La estructura o dinámica familiar de las familias de origen de la pareja, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.
- ¥ J. desea que su esposa M. no lo abandone o intentará suicidarse de nuevo. Es una forma de manipular a la esposa para que no le deje. El hecho de haberse cortado la muñeca con un cuchillo es una forma de no dejar ir a M., ésta desea terminar la relación pero no llega a nada concreto, teme que J. se suicide. No pone límites claros y definitivos.
- ¥ La pérdida del padre en la niñez de M. hace que ésta dependa de J. para poder vivir. No quiere una vez más sentirse culpable de que un hombre se aleje de su vida. Conducta marcada por la madre de M. cada vez que le decía que su padre se había ido por su culpa. El abandono físico del padre y emocional de la madre no se encuentran superados y no han sido trabajados. Sin embargo ella desea separarse de J. y empezar una nueva vida. La culpa es una constante en M. (se ve gorda en el espejo, no quiere comer para no engordar)
- ¥ Faltan límites claros entre los individuos en la familia nuclear y de origen. La alianza entre J. y la madre tiene que ser cortada. El límite externo del sistema es poco permeable.



11. EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ❖ En la etapa de la niñez y adolescencia de J. las reglas y límites fueron rígidos y su familia desligada. Viene de un hogar caótico donde su padre alcohólico y autoritario maltrataba físicamente a la esposa quien era sumisa y permitía todo tipo de abuso. Todas estas relaciones llevaron al paciente a aliarse con la madre para defenderla de los maltratos del padre. J. también recibía constantes castigos y a la vez ingería alcohol junto con su padre a partir de los 12 años de edad. Sus problemas conductuales lo llevaron a ser expulsado de tres colegios de la ciudad porque lo encontraban insultando a sus compañeros, afirmando el padre, de que como J. era desafiante se merecía ser expulsado. Pero la realidad era de que el paciente siempre sufrió de acoso por parte de iguales o bullying y sus padres no se enteraron jamás. No decía a su padre autoritario que era molestado por sus compañeros porque hubiera sido visto como un “cobarde”. Existe una negligencia en la familia de origen hacia sus hijos.
- ❖ M. es producto de una aventura de la madre, nunca conoció a su padre. La madre la maltrataba físicamente desde que era niña y la culpabilizaba del abandono del padre. Era exigente y autoritaria con M., que estudie y que mantenga su cuerpo como una Barbie, que no coma nada que la engordara. Los límites y las reglas siempre fueron rígidos y una familia desligada. M. solo contaba con sus amigas.
- ¥ En la actualidad existen conflictos dentro del matrimonio de J. y M. por no tener la independencia necesaria (Gastos económicos pagados por los padres), aun sus familiares no aceptan su matrimonio, están constantemente pendientes de ellos. Los celos exagerados por parte del paciente hacia la esposa hacen que M. sienta temor a que de repente él llegue a maltratarla físicamente como lo había hecho alguna vez cuando habían sido



enamorados. La jerarquía lo tiene J.. Las reglas y límites son rígidos en la actualidad. Continúa el consumo de alcohol y drogas incluido M. No aceptan que necesitan ayuda profesional. Ambos mencionan que desean separarse o caso contrario, sobre todo M. terminarán suicidándose.

12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA		
Esposo	Esposa	Padres	Abuela/o	Aglutinadas	Desligadas	
X		X			X	

OTROS
Alcoholismo
Maltrato físico
Negligencia
Drogadicción
Acoso o Bullying
Depresión



CASO 13

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 16 de Noviembre del 2011	
Nombre del paciente: C. V. R.	
Edad: 48 años mercado	Ocupación: Cargador en el
Unión Libre con: B. T. mercado	Ocupación: Cuida niños en el
RELIGION: Carlos: Católica	Beatriz: Católica
Número de hijos (orden de nacimiento) y edades 1. K. R. – 14 años 2. C. R.– 12 años	Ocupación 1. Estudiante – Primaria 2. Estudiante Primaria
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ El cabo – Paute – Provincia del Azuay (Nativos de Santo Domingo de los Tsachilas)
Teléfonos:	➤ Casa: 3050196

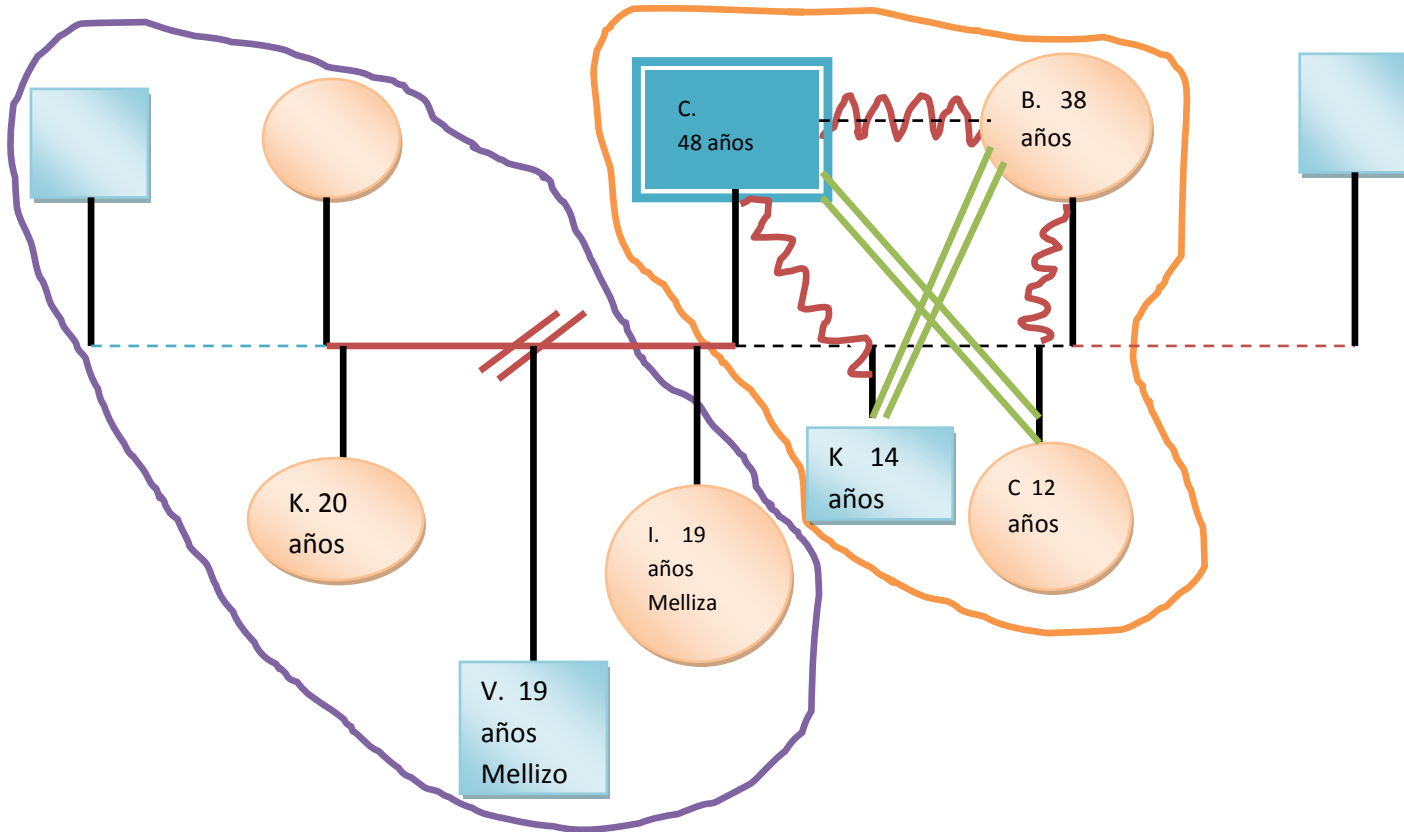
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.) C. tiene tres hijos de su primer matrimonio, los cuales están junto con su madre en España.

Asisten a terapia: C. y B.



Remitida por: C. es ingresado área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por intento de suicidio con una mezcla de órgano fosforado 10 – 80 y alcohol.

GENOGRAMA



1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

C.: Ingiere una dosis elevada de órgano fosforado (10-80) mezclado con alcohol con el fin de quitarse la vida. El paciente llega irritable, ansioso y agresivo. Menciona que acudió a este hecho porque encontró a su esposa con otro hombre en su casa. Manifiesta que ingiere alcohol desde hace 16



años, a partir de su primer divorcio. Extraña a sus hijos que están en España, no tiene ningún contacto con ellos por que su ex esposa no lo permite, mencionando que sus malos hábitos de alcoholismo pueden influir en sus tres hijos.

C. desea que su esposa B., deje a su amante y se quede con el, que le da plazo hasta diciembre para que lo piense porque el la ama y que lo haga por el bien de los hijos. También desea que su esposa no le ponga en su contra a su hijo K., que a él le lastima mucho su proceder.

B.: Manifiesta que su esposo le ha pasado amenazando constantemente con suicidarse en caso de que ésta lo dejara, hasta que al final “cumplió su chantaje”. Ella no niega que tenga una relación con otra persona y le moleste la actitud de C. Indica que su esposo ingiere alcohol 5 días a la semana y que todo el dinero que gana lo malgasta, por eso ella tiene que trabajar para dar de comer a sus hijos. B. desea tiempo para pensar, si se queda con C. o con su otra pareja. También le pide que no se allí con C. en contra de ella. Los niños pelean junto con sus padres.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

C. ha ingerido alcohol desde hace 16 años atrás a partir de su divorcio. Este hecho ocurrió cuando vivía en Santo Domingo de los Tsachilas, conoce a B. y un amigo del paciente les había recomendado cambiar de domicilio para que el dejara de beber y haga una nueva vida. Deciden venir a Cuenca, residen ya 4 años y trabajan en el mercado. Pero la situación no mejoró, C. continúa bebiendo, malgastando el dinero, por lo que B. decide pedir trabajo en el municipio para cuidar a los hijos de las personas que venden en el



mercado. Conoce a su actual pareja y según B., éste le ayuda con los gastos de la casa e incluso ayuda para el estudio de sus hijos. C. no sabía de esta relación que ya tiene 4 años, hasta cuando un día por casualidad llega a comer en su casa y encuentra a su esposa en su cama con su pareja por lo que el paciente sale de su domicilio, compra alcohol y lo mezcla con 10 – 80 y lo ingiere, pero antes de ingerirlo le llama a su esposa a despedirse y culpabilizarla por su intento de suicidio.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos jóvenes adultos

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

C.: Habla directamente sobre sus conductas suicidas y sobre el consumo de alcohol. Su expresión verbal es de agresividad, cuando recuerda el abandono de sus padres. Con sus hijos tiene poca comunicación y en especial con K... C. se irrita con facilidad, se comunica de manera agresiva, exaltada y directa con su esposo B., le pide que se decida entre él y sus hijos o su otra pareja. Su lenguaje no verbal es de irritabilidad.

B.: Poco expresiva e indirecta. Habla de manera directa cuando comenta sobre su otra pareja. La comunicación con C. es agresiva y exaltada. Su lenguaje no verbal es de irritabilidad y confusión. Con sus hijos tiene poca comunicación y en especial con C. Los padres pasan fuera de casa por mucho tiempo. Poco contacto con sus hijos.



5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de C. existían malas relaciones. Su madre alcohólica sufría de constantes maltratos físicos por parte del esposo, quien también era alcohólico. Abandonan al paciente a la edad de los 12 años en manos de una amiga de su madre quien también le daba malos tratos. Estos acontecimientos continuaron influyendo en la vida de C, éste consume alcohol por el lapso de 16 años. Es sumiso y no esta pendiente de sus hijos dentro del hogar, los abandona a causa del alcoholismo. En la familia de B. también existían malas relaciones entre sus padres, hubo un padre sumiso y una madre que era alcohólica y maltrataba físicamente a sus hijas. Estas familias de origen fueron disfuncionales, influyendo dichas conductas en la vida de pareja de C. y B., llevándolos a formar un hogar caótico y sin límites.

C. convivio en un hogar negligente a causa del alcoholismo de los padres y es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarlo a la situación actual, a sus conductas suicidas.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La infidelidad de B.
- Las triangulaciones con sus hijos
- Problemas económicos a causa del alcoholismo.
- El paciente tiene la esperanza de que su esposa se quede con él y sus hijos.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

El amor de su hija C.... C. menciona que su hija es la única que le recibe con cariño y le da fuerzas cada vez que él se siente mal.



**8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE
SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS**

**9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA
INFORMACIÓN, ETC.**

**10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias
con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la
función?)**

- ¥ C. desea que su esposa se quede con él por el bien de sus hijos, le da tiempo para que piense. B. también pide tiempo para ver con quién de los dos se queda. Mientras tanto sus hijos se sienten abandonados a razón de que sus padres pasan fuera de la casa. C. no acepta la realidad (Negación de la realidad) tanto con su alcoholismo, su negligencia y sobre la infidelidad de B.
- ¥ El alcoholismo, el abandono y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia del paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia, piensa C., que con el apoyo de B. y de sus hijos, él saldrá de todos los problemas y su hogar funcionará bien.

Parece ser que el alcoholismo, el abandono y la negligencia de los padres de C., fuera la causa principal para que el paciente consuma alcohol, y fuera el principal factor desencadenante para sus conductas suicidas. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio en C.

- ¥ Las disfuncionalidades en las interacciones de la familia de C. son pautas repetitivas de la familia de origen. La pareja presenta las mismas conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos – alcoholismo – sumisión).



- ¥ Los problemas interpersonales con la familia y la falta de apoyo familiar llevaron a C. a sentirse rechazado y desesperanzado. Estos conflictos, podrían ser los principales coadyuvantes para que el paciente se envenenara con 10 - 80.
- ¥ No existe límites claros entre los cónyuges y la familia. Debería ser regulada la jerarquía y no involucrar a sus hijos en sus problemas conyugales. Respetar Roles. El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Durante la niñez y la adolescencia de C., su sistema familiar estuvo en un caos constante debido a que sus padres consumían alcohol, lo maltrataban físicamente y por ultimo lo abandonaron a los 12 años de edad, dando a entender que existía una negligencia en su hogar, pudiendo ser una de las causas para que en la actualidad el paciente ingiera alcohol y posteriormente lo llevara a presentar conductas suicidas.
- ¥ Los límites en la familia de origen de C. fueron difusos, una familia desligada. El paciente vivió con una amiga de la madre hasta los 17 años y de allí se independizo por que ésta le daba malos tratos, dormía y comía en la calle.
- ¥ El poder y la jerarquía en su unión libre la tiene B... C. es sumiso, flexible y se siente desvalorizado en su grupo familiar. Las relaciones entre los cónyuges son caóticas, no se comprenden, pasan en constante discusión a causa del consumo de alcohol, el mal gasto de dinero y la falta de atención hacia los hijos como padres. Los niños, cada cuál se alía a un padre para discutir.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Se puede apreciar una triangulación (C. aliado con C. (hija) en contra de B.) (B. aliado con K. en contra de C.). Cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro.

¥ En la actualidad las reglas y límites son rígidos dentro de su interacción familiar. Se hace lo que B. decida e incluso hasta dejarla decidir si se queda con su cónyuge o con su otra pareja.

12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA			
Esposo	Esposa	Hijo/a	Abuela/o		Aglutinadas	Desligadas	
	X					X	

OTROS
Alcoholismo
Maltrato físico
Abandono
Negligencia
Divorcio



CASO 14

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 21 de Noviembre del 2011	
Nombre del paciente: W. J. P. M.	
Edad: 23 años	
Nombre del Padre: J. P. (+)	Nombre de la madre: R. M.
Edad del padre: 39 años (fallece)	Edad de la madre: 45 años
Ocupación: toquilla	Madre: Teje sombreros de paja
RELIGION: Católica	
Número de hijos (orden de nacimiento) y edades 1. J. P. – 25 años 2. L. P. – 18 años 3. M. P. – 15 años 4. S. P. – 12 años 5. R. P. – 10 años 6. J. M. – 4 años	Ocupación - estado civil. 1. Teje sombreros paja toquilla - Casado 2. Estudiante - soltero 3. Estudiante - Soltera 4. Estudiante 5. Estudiante 6. Infante – en casa
DIRECCION DEL DOMICILIO:	➤ Chordeleg – Provincia del Azuay
Teléfonos:	➤ Casa: 2223061

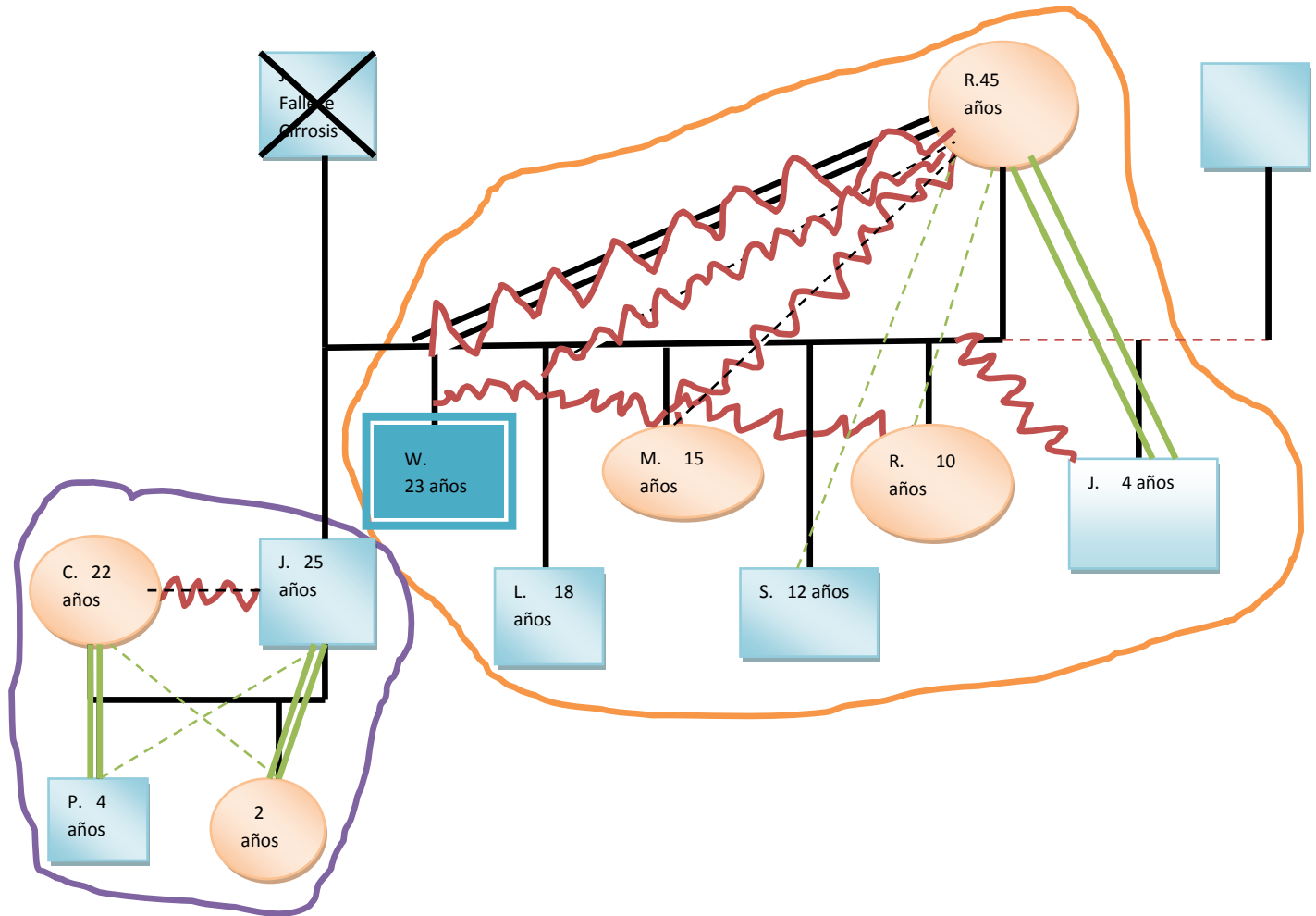
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.)

Asisten a terapia: W. y R.



Remitida por: El paciente es ingresado al área de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por presentar agresividad y convulsiones. Menciona haber intentado suicidarse en cuatro ocasiones.

GENOGRAMA



1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

W.: Es ingresado al Hospital por presentar agresividad y convulsiones constantes. Manifiesta que ha intentado suicidarse en cuatro ocasiones. La primera vez se lanzo hacia un carro para que lo atropelle porque se sentía



solo. La segunda vez se incrusto un desarmador en el pecho porque su madre le prohibió que ingiera alcohol. La tercera vez se envió alcohol por la nariz porque sus hermanos no le querían llevar a una fiesta.

La cuarta vez se corto sus muñecas con el cuchillo porque otra vez le prohibieron ingerir alcohol. W. desea que le den más atención en casa, que sus hermanos le lleven a las fiestas, al parque y que no le dejen solo en casa, porque se siente triste y en seguida consume alcohol y le vienen las convulsiones.

R.: Manifiesta que su hijo ha pensado en la muerte desde los 11 años de edad. Siempre ha intentado suicidarse y cada vez que se pone triste o ingiere alcohol se pone agresivo y aparecen las convulsiones. Estas convulsiones, la agresividad y la ingesta de alcohol, aparecen cuando su padre había llegado alcoholizado y agredió a R. y a W. con un palo en la cabeza. Luego de un mes de este hecho, el padre fallece de cirrosis a causa del alcoholismo. Después el paciente empezó a ver cosas, a escuchar sonidos que para R. no existían. Menciona que el resto de sus hijos tienen problemas para expresarse de manera adecuada (Tartamudean), incluido W., según R. porque se asustaban mucho cuando eran agredidos por el padre y veían pegar a la madre. R. desea que su hijo sea internado en un centro de Rehabilitación para alcohólicos porque ya no le puede controlar y el barrio completo en donde vive está muy asustado.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

La madre de W. ha intentado mejorar la situación de su hijo llevándolo donde el psiquiatra hace unos tres años atrás. El paciente escucha voces que le dicen que no sirve para nada y observa que un hombre gigante viene



a llevarlo al infierno. El médico le diagnosticó Esquizofrenia y le recetó medicación incluida para sus convulsiones. W. no acata la orden del médico y empieza la ingesta de alcohol, a portarse sumamente agresivo, y a convulsionar mucho más seguido. En variadas ocasiones, R. ha tenido que llamar a la Policía porque empieza a maltratar físicamente a sus hermanos y a querer cortarles sus piernas con el machete. Antes de llegar al Hospital, W. había cortado con un machete la pierna de una señora porque no le permitió ver a su hija. El paciente llegó custodiado por la policía porque ésta señora le acuso de intentar matarla.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos jóvenes adultos

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

W.: Se comunica de manera agresiva, exaltada y directa con todos sus familiares y con cualquier persona. Habla directamente sobre sus conductas suicidas, menciona que lo volverá a hacer si la madre de la mujer que le gusta no le permite acercarse a verla y a pedirle matrimonio. Continúa viendo al hombre gigante. Su lenguaje no verbal es de agresividad y de pánico a la vez.

R.: Se comunica de manera indirecta ante sus hijos, se siente insegura de expresar sus sentimientos y de pedirles perdón por “haberlos fallado a casusa de la aventura y de tener un hijo” Su lenguaje no verbal es de miedo y desesperación. Su postura es de sumisión (Su cuello está bien apegado a sus hombros).



5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de Wilson han existido malas relaciones. R. y sus hijos han sufrido de constantes maltratos físicos por parte del padre, quien era alcohólico y falleció de Cirrosis. Estos acontecimientos continuaron influyendo en la vida de W. por lo que actualmente ingiere alcohol, es agresivo, le dan convulsiones (A partir de un palazo en la cabeza dado por el padre) y presenta Esquizofrenia. Según R, El abuelo paterno de W., había padecido de Esquizofrenia y también veía y escuchaba ruidos extraños. Ingería alcohol y también falleció de cirrosis. En el Hogar de R., la madre era sumisa y el padre tenía la jerarquía por lo que también eran maltratadas físicamente. Estas familias de origen fueron disfuncionales, influyendo dichas conductas en la vida matrimonial de R. y su esposo, y actualmente con W.

Los han llevado a formar un hogar caótico y sin límites. El paciente convivió en un hogar negligente a causa del alcoholismo del padre y la sumisión de la madre y es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarlo a la situación actual.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La desvalorización a R. por parte de su familia. No existe apoyo para W., también lo desvalorizan a causa de su enfermedad. Lo llaman “el loco”
- El barrio en donde vive W. y su familia a pedido a la policía que lo lleven preso porque es un peligro para la sociedad.
- No le dan trabajo a causa de sus convulsiones.
- El único apoyo que Wilson tiene es el de R.



7. FORTALEZAS FAMILIARES

El amor que siente Rosa por su hijo Wilson.

**8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE
SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS**

W. presenta Esquizofrenia.

**9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA
INFORMACIÓN, ETC.**

**10. HIPÓTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SÍNTOMA
(Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el
síntoma servir a la función?)**

¥ R. desea que sus otros hijos la acepten y no la desvaloricen, al igual que a W. dentro de su sistema familiar. Luis impone límites rígidos. Las relaciones entre hermanos son caóticas porque no permiten que el paciente se involucre con ellos a causa de su esquizofrenia.

¥ El alcoholismo y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de W. no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia, (incluido un duelo no resuelto) R. insiste que si W. es internado en algún centro de Rehabilitación, éste mejorará y que no necesita ningún centro de salud mental, porque su hijo no está loco (Negación de la realidad). Parece ser que el alcoholismo y la negligencia de los padres hacia los hijos, fuera la causa principal para que el paciente sufriera de alcoholismo y convulsiones. La esquizofrenia, es al parecer una psicopatología familiar, porque su abuelo paterno también había padecido



de Esquizofrenia. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.

- ¥ Las dificultades y disfuncionalidades en las interacciones de la familia del paciente son pautas repetitivas de la familia de origen. Presentan las mismas conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos – alcoholismo – Esquizofrenia).
- ¥ Los problemas interpersonales con la familia llevaron a R. y al paciente a sentirse rechazados y desesperanzados en cuanto a sus actuales relaciones familiares. Esta falta de apoyo familiar podría ser el principal coadyuvante para que W. haya intentado suicidarse en cuatro ocasiones.
- ¥ No existe límites claros entre los miembros de la familia. Se debería hacerles notar sus respectivos roles, y quitar la jerarquía a L. (Hijo parental). El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Gran parte de la niñez y de la adolescencia de W. estuvo en un caos constante debido a que su padre consumía alcohol y maltrataba físicamente a su esposa e hijos, dando a entender que existía una negligencia en el hogar.
- ¥ Los límites y reglas en la familia de origen del paciente fueron difusos, una familia desligada. El primer hermano de W., había dejado su casa a la edad de 10 años porque el padre lo había mandado del hogar.

Luego el paciente sufría de los maltratos del padre y era quien tenía que ir a trabajar como albañil para darle el dinero a éste. La madre (sumisa) no podía hacer nada ante estos hechos porque ella también era maltratada.

- ¥ El poder y la jerarquía en la actualidad la tiene L., el tercer hermano de W.



(hijo parental), la madre continúa desvalorizada dentro de su sistema familiar. R. ha tenido una aventura, de la cual tiene un pequeño hijo. Esta situación, hizo que sus hijos la trataran de manera agresiva y no la valoran en ningún sentido.

¥ En la actualidad las reglas y límites son rígidos dentro de su interacción familiar. La aventura de R. y la Esquizofrenia de W. los llevan a la no aceptación dentro de su sistema familiar.

12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA		
Papá	Mamá	Hijo/a	Abuela/o	Aglutinadas	Desligadas	
		X			X	

OTROS
Alcoholismo
Maltrato físico
Negligencia
Esquizofrenia
Convulsiones



CASO 15

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 30 de Noviembre del 2011	
Nombre del paciente: E. P. L.	
Edad: 23 años	
Nombre del Padre: L. L.	Nombre de la madre: C. Q.
Edad del padre: 56 años	Edad de la madre: 35 años
Ocupación: Padre: Taxista	Madre: Ama de casa
RELIGION: Católica	
Número de hijos (orden de nacimiento) y edades 1. R. L. – 17 años 2. J. L. – 16 años 3. L. L. – 14 años 4. L. L. – 13 años 5. M. L. – 10 años 6. J. L. – 9 años 7. C. L. – 7 años 8. Cesar Lituma – 6 años	Ocupación - estado civil. 1. Ama de casa 2. Estudiante - soltera 3. Estudiante - Soltero 4. Estudiante 5. Estudiante 6. Estudiante 7. Estudiante 8. Estudiante
DIRECCION DEL DOMICILIO:	➤ El Valle – Cuenca - Provincia del Azuay

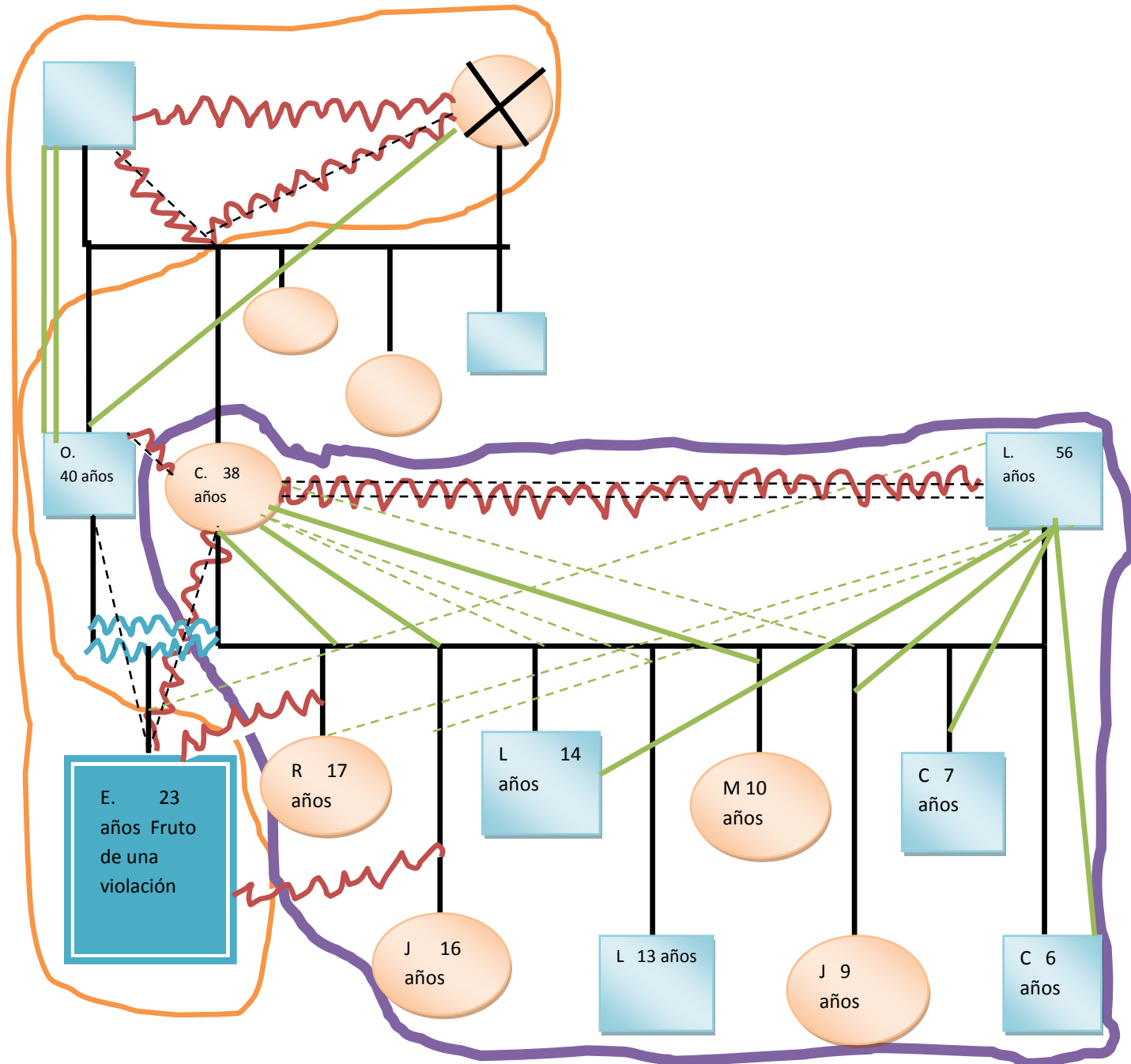
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.)

Asisten a terapia: E. y su madre C.



Remitida por: El paciente es ingresado al área de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por presentar crisis convulsivas y cefaleas de moderada intensidad. Manifiesta el paciente que ha intentado suicidarse en tres ocasiones.

GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

E.: Ingresó a emergencia por presentar crisis convulsivas y cefaleas de moderada intensidad. Menciona que ha intentado suicidarse por tres ocasiones. La primera vez intentó ahorcarse cuando se enteró que su verdadero padre era su Tío O. (Fruto de un abuso sexual). La segunda vez se cortó las muñecas porque su abuela, quien le cuida, falleció. La tercera vez se lanzó al río, pero no se ahogó porque no había estado el río crecido, solamente se golpeó. La razón fue porque su madre C., le maltrataba físicamente, le gritaba que no le quiere, que es un hijo del pecado y que por eso le había regalado a la abuela. E. desea ser reconocido y querido por su madre y hermanos. Quiere vivir con ella y que ya no le trate tan mal, que él no tiene la culpa de que su tío O. la haya abusado sexualmente.

C.: Manifiesta que su hijo padece de convulsiones desde hace 4 años atrás a partir desde que unos ladrones lo asaltaron y le habían dado con un palo en la cabeza. Es en este momento que el paciente entra en crisis convulsiva, C. pensó que él se iba a morir y le confirmó que le había regalado a la abuela materna porque es fruto del pecado y su padre es su tío O... Indica C. que siempre le ha maltratado a E. porque se parece en todos los sentidos al padre y que hasta el momento lo rechaza y no le quiere ver. Y si está ahora en el hospital con el paciente, es porque pensó que se iba a morir. C. desea que E. continúe trabajando y que se busque un lugar en donde vivir, pero que ella no le recibe en su casa. Le insiste que ella no le quiere porque odia a O. y el paciente le recuerda todo el daño que le hizo.



2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

La abuela materna de E, antes de fallecer, ha intentado mejorar la situación de su nieto buscando apoyo en los hospitales para que le ayuden con las convulsiones.

Luego le diagnostican depresión mayor y le habían dado medicación. El paciente dejó de tomar lo medicado a partir del fallecimiento de su abuela hace dos años. E. busca a C. pero ésta no le apoya, por lo que el paciente empieza a ingerir alcohol con el dinero que gana como albañil. C. envía a E. donde O. para que éste lo ayude, pero el paciente no se atreve a hablar con su tío-padre. O. sin embargo, siempre le da dinero pero jamás le ha mencionado que él su padre.

El abuelo paterno no cree que O. haya abusado sexualmente a su hermana y le había dicho a C. que si paso algo, fue por culpa de ella misma porque debió haber estado insinuándose a O... E. continúa viviendo con su abuelo paterno, pero manifiesta que se siente solo y sin apoyo familiar por lo que no ve otra salida más que el suicidio.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos jóvenes adultos.

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

E.: Habla de manera ansiosa, es indirecto y tímido frente a su madre. Constantemente llora y no le permite hablar con claridad, es poco expresivo en cuanto a sus sentimientos. En casa con su abuelo, su expresión verbal es agresiva, sino le hacen caso se irrita con facilidad y se encierra días



enteros en su cuarto, ingiere alcohol, llora a cada momento y no va a trabajar. Menciona constantemente que para el bien de todos, lo mejor es suicidarse.

C.: Se comunica de manera agresiva, exaltada y directa con su hijo E. Le dice muy claramente que le odia porque es fruto del pecado y que no quiere que viva con ella puesto que sus otros hijos y su esposo L. no lo quieren. C. siempre está a la defensiva e irritable. Habla con agresividad al momento de expresar sobre el abuso sexual sufrido por parte de su hermano y que en algún momento ella se vengará de O. Su lenguaje no verbal muestra agresividad y autoritarismo cuando mira a su hijo. Pero es indirecta cuando habla sobre el alcoholismo y maltratos de su esposo L.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de C. siempre han existido malas relaciones. Su madre sufría de constantes maltratos físicos por parte del esposo, quien es alcohólico y padece de Cirrosis. A parte de ello, a causa de la negligencia de los padres, C. era abusada sexualmente por parte de su hermano O., con quien tiene a E. Estos acontecimientos influyeron en la vida de C., a tal punto de odiar a este hijo y regalarlo a su madre. Incluso hasta la fecha continúa odiándolo y maltratándolo por ser fruto del pecado. E. ha vivido en un sistema familiar de engaños y negligencia. Éste padece de depresión mayor donde cuyo pensamiento principal es el suicidio, ingiere alcohol como lo hace su abuelo y padece de crisis convulsivas. Esta familia de origen fue disfuncional, influyendo dichas conductas en la vida matrimonial de C. y L, llevándolos a formar un hogar caótico y sin límites. E. convivió en un hogar negligente a causa del alcoholismo del abuelo y la sumisión de su abuela y madre, es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarlo a la situación actual.



6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La Falta de apoyo de la madre. C. le demuestra rencor y odio a L.
- El alcoholismo del abuelo
- Es detectado de depresión mayor ya en algún momento de su vida.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

La ayuda económica de O. Existen malas relaciones entre E. y toda su familia.

8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

- ¥ C. desea que su hijo E. trabaje y se independice. No quiere llevarlo a vivir a su casa porque lo ve como fruto del pecado y su familia no quiere recibirlo. La familia en si está poniendo límites demasiado rígidos. Las relaciones entre hermanas son caóticas porque tampoco dejan que el paciente se involucre con ellos a causa de que es hijo de su propio tío.
- ¥ El alcoholismo y la negligencia de los padres de C., y el trato durante la niñez y adolescencia de E. no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia. Celia piensa que con el solo hecho de que



E. se aleje de sus vidas, la situación cambiará. Parece ser que el alcoholismo y la negligencia de los padres hacia los hijos, fuera la causa principal para que C. sufriera de abuso sexual por parte de su propio hermano y que éste acto llevara a esta mujer a tener un hijo en quien descarga toda su ira reprimida, lo maltrata y es rechazado por todos sus familiares, al parecer, todos estos acontecimientos son los principales factores desencadenante para que el paciente llegara a padecer de trastorno del estado de ánimo (Depresión), incluido un duelo no resuelto. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.

- ¥ Será acaso que las crisis convulsivas de E. aparecieron a partir del asalto que sufrió E. o será por otras causas más.
- ¥ Las disfuncionalidades en las interacciones de la familia del paciente son pautas repetitivas de la familia de origen. C. y E. presentan las mismas conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos – alcoholismo - sumisión).
- ¥ C. manifiesta que E. no debe vivir, que es fruto del pecado y que le guarda rencor y odio porque se parece a su padre biológico. E. desea ir a vivir con su madre, pero C. tiene serios problemas conyugales que le impide tomar decisiones por si sola. Los problemas interpersonales con la familia llevan a E. sentirse rechazado, desesperanzado y desvalorizado por ser hijo de su propio tío. No siente el apoyo familiar, sino más bien el rechazo constante. La falta de apoyo familiar es el principal coadyuvante para que E. haya atentado contra su vida en tres ocasiones.
- ¥ No existe límites claros entre los cónyuges y la familia (Hogar de C.). E. debería ser más comprendido y aceptado dentro de círculo familiar o el paciente atentará contra su vida. El límite externo del sistema es poco permeable.



11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Durante la niñez y la adolescencia de E., las relaciones familiares han estado en un caos constante debido a que él es fruto de un abuso sexual. Su padre biológico es O, su tío. Los abuelos maternos del paciente no le creyeron a C. sobre el abuso, por lo que optaron por mandar a su hija de la casa y cuando ésta dio a luz regalo a E. a sus padres porque era fruto del pecado y odiaba al niño. El paciente se entera de estos acontecimientos a la edad de 18 años por lo que desde allí empiezan sus conductas suicidas. La única persona quien cuidaba de él, era su abuela, pero ésta falleció. (Duelo no resuelto)
- ¥ Los límites y reglas en la familia de origen de E. fueron difusos, una familia desligada. Se puede notar claramente la negligencia de los padres hacia los hijos, para que aconteciera el abuso sexual y éstos no se percataran del asunto.
- ¥ El poder y la jerarquía lo tiene L., la actual pareja de C. dentro de su sistema familiar. Éste hombre es alcohólico crónico, ingiere alcohol tres semanas seguidas y maltrata físicamente a su esposa e hijos, incluso maltrata a E. cuando éste se acerca a la casa. C. descarga su ira reprimida sobre E.. Constantemente lo busca solo para maltratarlo.
- ¥ Como E. vive con su abuelo materno, quien tiene la jerarquía es este abuelo. Los límites son rígidos, insiste que E. no es hijo de O. y que la madre es una mala mujer y que el padre debe ser algún hombre de la calle. E. se siente desvalorizado en este hogar.



12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA		
Padrastro	Mamá	Hijo/a	Abuela/o	Aglutinadas	Desligadas	
X			X		X	

OTROS
Alcoholismo
Maltrato físico
Negligencia
Abuso sexual
Depresión Mayor
Convulsiones



CASO 16

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 01 de Diciembre del 2011	
Nombre de la paciente: N. P. R. C.	Estado civil: Divorciada
Edad: 18 años	
Nombre del Padre: A. R.	Nombre de la madre: R. C.
Edad del padre: 65 años	Edad de la madre: 64 años
Ocupación: Padre: Ganadero	Madre: Ama de casa
RELIGION: Padre: Católica	Madre: Católica
Número de hijos de la paciente (orden de nacimiento) y edades 1. S. S. – 3 años	Ocupación - estado civil. 1. Guardería
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ Amalusa – Cantón Sevilla de Oro – Provincia del Azuay
Teléfonos:	➤ Celular: 085-824-159

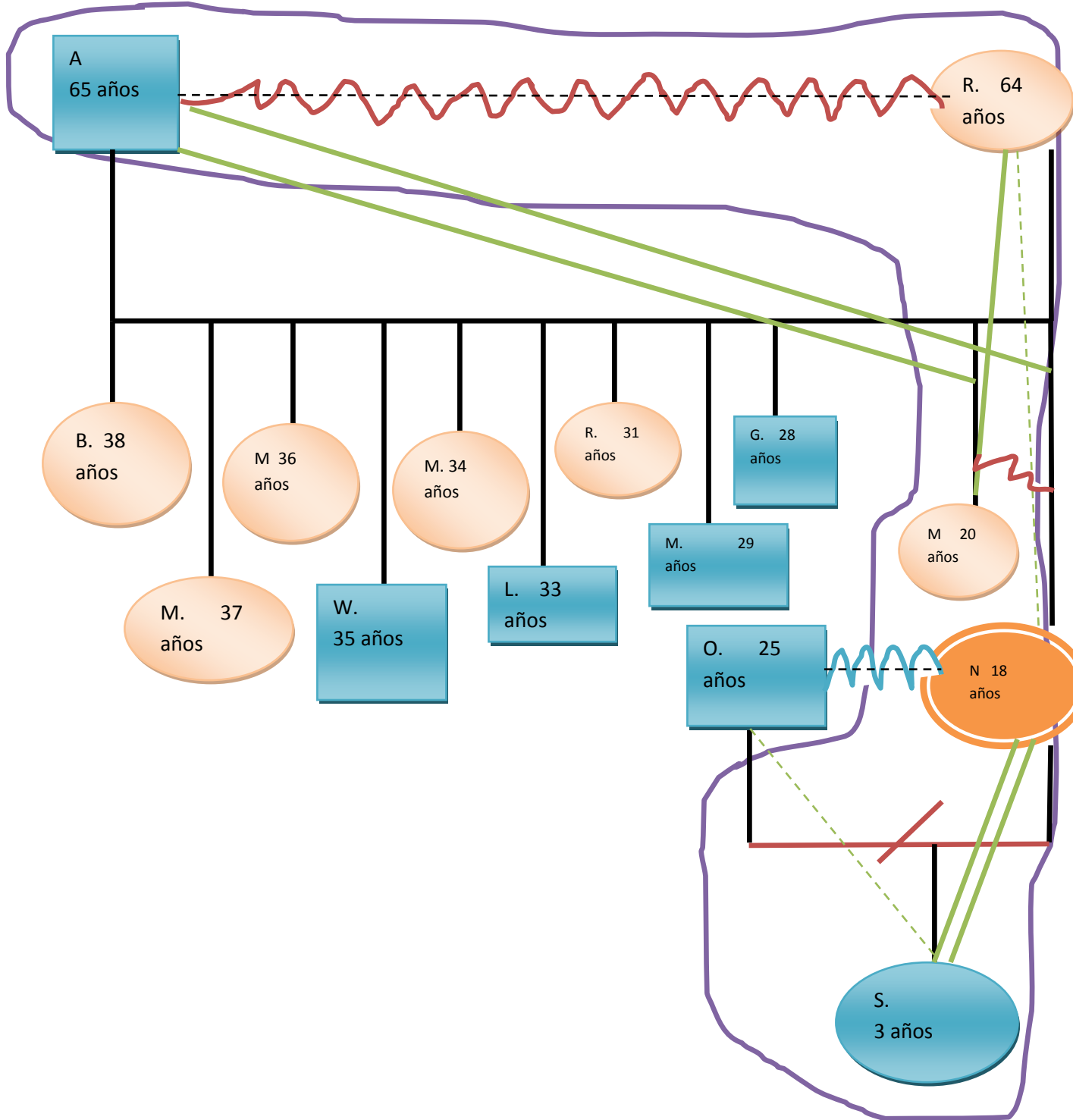
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.) N. es divorciada de O., padre de su hijo.

Asisten a terapia: N.

Remitida por: La paciente es ingresada al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por presentar un absceso a nivel cervical derecho. Y menciona que en el mes de agosto había intentado suicidarse con Bygon.



GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

N.: Manifiesta que desde que era niña a deseado suicidarse y que últimamente intentó quitarse la vida con órgano fosforado Bygon porque se divorció de O. Éste hombre la maltrataba físicamente y abusaba sexualmente de ella desde cuando se casaron, a partir de los 15 años de N. Le decía que él se casó simplemente por una apuesta con sus amigos y que apenas cumplía la paciente los 18 años él se divorciaba de ella. Indica que desde que era niña ha querido suicidarse porque su hermano G. abusaba sexualmente de ella desde los 8 años de edad hasta el día que se casó y cuando éste se entero que estaba embarazada de O... N. desea dejar de pensar en querer suicidarse porque tiene un hijo pequeño al cual mantener. Desea también que su madre ya no la maltrate como antes y quiere contarle a ésta sobre los abusos sexuales sufridos por parte de su hermano G.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

N. ante los maltratos y abusos sufridos por parte de su esposo, intentó poner una denuncia o sacar una boleta de auxilio. Cuando fue a denunciarlo, el Fiscal le había pedido dos testigos presenciales para ejecutar el proceso. Se sintió totalmente desamparada en este momento. Le comentó a su madre, (quien también la maltrataba físicamente) y ésta optó por llevarlos a vivir en su casa para que no sigan estas conductas, pero O. no tolero la situación ni dos meses y llevó a N. a vivir al Oriente donde sus padres. Allí la golpeaba cruelmente y la abusaba sexualmente delante de su hijo. La humillaba diciéndole que no sirve para nada y que simplemente sirve para la cama. Todo esto sufrió la paciente hasta cuando cumplió los 18 años de edad, porque O. le da el divorcio y desaparece totalmente de la vida de N. y su hijo. La madre la vuelve a acoger en la casa junto con su pequeño hijo, pero la paciente desea contarle a la madre de los abusos sexuales



sufridos por G., su hermano, porque no puede vivir con su conciencia y el sentimiento de culpa.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos jóvenes adultos porque regresa a vivir en el hogar su madre.

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

N.: Menciona que ella habla de manera indirecta y confusa ante su familia de origen; quien tiene la palabra es la madre. La comunicación con O. era escasa, ella no podía dar ninguna opinión. Su lenguaje no verbal muestra desesperación y ansiedad al expresar temas relacionados con el trato recibido por parte de sus familiares y de su ex esposo. Menciona que actualmente tiene poca comunicación con su hermano G.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de origen de N. han existido malas relaciones entre sus padres desde que la paciente tiene conciencia. La madre, una mujer con poder, autoritaria, era quien siempre ha llevado la jerarquía del hogar. El padre de N. siempre fue sumiso y se dedicó a ingerir alcohol. La paciente indica que su padre era quien le defendía de los malos tratos de su madre. (Se identifica con él – alianza entre los dos) y que su madre actuaba aún más agresiva y les mandaba fuera del hogar. La elección de pareja de N. fue similar a las conductas de la madre. (N. era sumisa como su padre y O. era autoritario como la madre). En cuanto a la familia de Origen de O., su padre era un hombre infiel y maltrataba físicamente a la esposa.



Éste hombre aprobaba los maltratos físicos que su hijo propinaba a N. Se puede ver claramente pautas repetitivas de maltrato dentro de esta familia.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La familia de origen permitió que N. regrese a su casa luego del divorcio, la ayudan económicamente y le han puesto en un colegio para que termine los estudios. Posteriormente busque trabajo y mantenga a su hijo.
- La madre ha impuesto límites rígidos a la paciente, “si te doy para el estudio, no puedes salir a fiestas, ni tener enamorado y ayuđaras en los quehaceres de la casa”.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

N. quiere mucho a su hijo, menciona que es el único que le detiene para cometer suicidio. Esta dispuestas a estudiar. Ve gratificante la ayuda que su madre le ha ofrecido. El padre está contento de que N. haya regresa a la casa.

8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

.....

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

¥ N. desea cambiar esos pensamientos negativos hacia sí misma, el mundo y el futuro. Cree que con el apoyo de la madre podrá salir adelante y dejará



de estar “sufriendo tanto”. La madre es una persona autoritaria quien continua manteniendo la jerarquía en el hogar, ha impuesto límites rígidos a N. para recibirla en casa. El padre continúa en la sumisión y el alcohol pero está contento de que su hija regrese a la casa, su única aliada. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.

¥ El alcoholismo y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de la paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia. N. teme que su hermano continúe con el abuso sexual tal cual como lo sufrió. Por ello intentará decirle a la madre, aunque sospecha que ésta no le creerá. G. ha amenazado a Nancy, diciéndola que si comenta a la madre sobre el abuso, éste la golpeará y dirá que la paciente lo seducía. N. se siente culpable y con vergüenza ajena, típicos síntomas de las personas abusadas y maltratadas.

¥ Faltan límites claros entre los individuos en la familia nuclear y de origen. Debería existir más flexibilidad por parte de la madre. El límite externo del sistema es poco permeable.

11. EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

¥ En la etapa de la niñez de la paciente los límites siempre fueron difusos, con una familia desligada. La jerarquía la tenía la madre, quién también aun continua maltratando físicamente a sus hijos. Existe conflictos entre los cónyuges. Esposo sumiso y alcohólico (esposa autoritaria, quien tiene el poder). Se puede palpar una Negligencia por parte de los padres hacia sus hijos. La paciente sufre de abuso sexual a la edad de 8 años por su propio hermano y sus padres no se han enterado hasta la fecha.

¥ Sufre de maltrato físico y abuso sexual por parte de su cónyuge. O. era un



hombre autoritario, mientras que N. era sumisa, hacía todo lo que éste la ordenaba. Su hijo pequeño presenciaba las conductas desadaptativas del padre, llegando incluso a ser maltratado para que deje de llorar. Le había dado un puntapié en el estómago y lo había dejado sin aire. Sus límites y reglas siempre fueron rígidos. Los problemas interpersonales con la familia llevaron a la paciente a sentirse desesperanzada en la adolescencia por lo que la llevaron a escoger a un hombre con las mismas conductas que su hermano y que su madre (Pautas repetitivas de la familia de origen). N. y O. optan por el divorcio.

¥ En la actualidad la familia acoge a la paciente de nuevo en su hogar a causa del divorcio de esta. Los límites son rígidos en su familia de origen (Madre impone reglas). La madre continúa con la jerarquía.

12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA			
Papá	Mamá	Hijo/a	Abuela/o		Aglutinadas	Desligadas	
	X					X	

OTROS
Alcoholismo
Maltrato físico
Negligencia
Abuso sexual
Divorcio



CASO 17

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 5 de Diciembre del 2011	
Nombre de la paciente: J. M. S. M. (Ama de casa)	
Edad: 45 años	Casada con: T. G.(48 años – No trabaja)
Nombre del Padre: F. S.	Nombre de la madre: R.M.
Edad del padre: 72 años	Edad de la madre: 75 años
Ocupación: Padre: Agricultor	Madre: Ama de casa
RELIGION: Padre: Católica	Madre: Católica
Número de hijos de la paciente (orden de nacimiento) y edades 1.M. T. G. – 21 años 2. M. M. G. – 18 años 3. J. C. G. – 15 años 4.J. G. – 12 años 5. C. F. G. – 10 años 6. J. G. – 9 años 7. R. I. G. – 7 años 8. J. N. G. – 6 años	Ocupación - estado civil. 1. Repartidor en tiendas - soltero 2. Estudiante secundaria - soltero 3. Elabora bloques – Soltero 4. Estudiante primaria 5. Estudiante primaria 6. Estudiante primaria 7. Estudiante primaria 8. Estudiante primaria
Fecha de matrimonio de los padres: Paciente menciona que llevan 19 años de casados	
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ Cuenca, Quinjeo

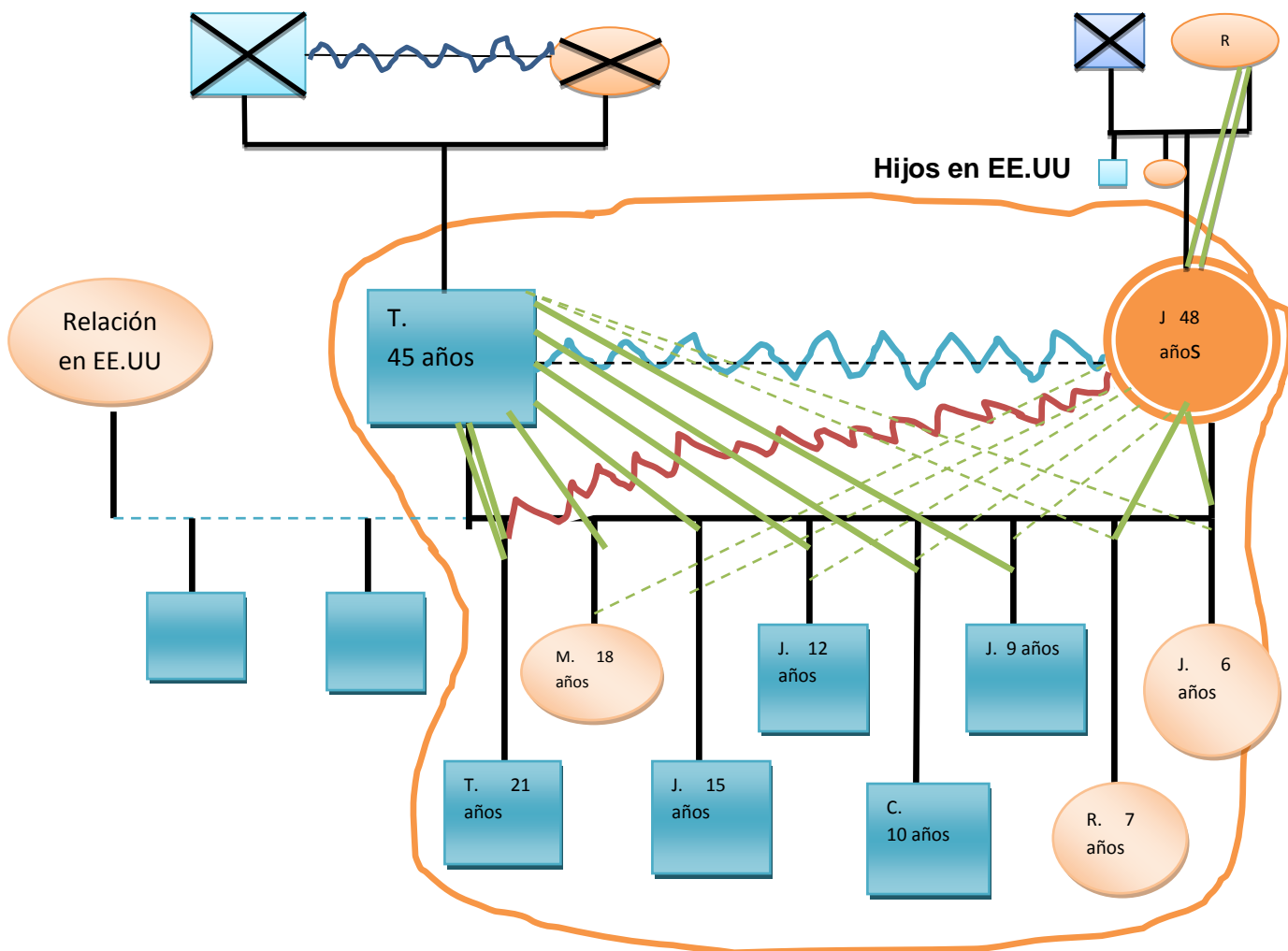


Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.)

Asisten a terapia: J. y R. (madre de paciente).

Remitida por: La paciente es ingresada al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por haber sufrido de maltrato físico y psicológico por parte del conyugue y por intento de suicidio con órgano fosforado "Campeón".

GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

J.: Ingiere una dosis elevada de órgano fosforado (Campeón) e intenta suicidarse luego de que su esposo la maltrató físicamente y psicológicamente. Sus hijos y principalmente T. (hijo) apoyan al padre para que la maltrate porque piensan que J. es una mala mujer y que debe estar con otros hombres y engañando a T. (padre). J. menciona: “Ya no sirvo, nadie me quiere, todos están en mi contra, para que voy a vivir”. Ella desea separarse de su esposo e irse a vivir con R., su madre y con el resto de sus hijos, pero tiene miedo de hacerlo porque piensa que T. no la dejará salir de la casa. Continúa la ideación suicida.

R. (madre): Manifiesta que su hija ha sufrido de maltrato físico desde el primer día que se caso con T. Éste la arrastraba por el suelo, la pateaba, le daba a palazos e incluso la había puesto Ají en la vagina de la paciente para que ésta no le sea infiel con nadie y no se separe de él porque J. le pertenece, por eso su hija intenta suicidarse porque ya no aguanta más tantos malos tratos. Los nietos de R. están a favor de T., porque éste les paga con dinero para que se porten mal con J... R. desearía que su hija denuncie los maltratos de T., que se divorcie y que le permita salir de la casa con sus hijos para que puedan vivir en paz.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

La madre de J. ha intentado mejorar la situación de su hija buscando apoyo policial desde que ésta se caso. T. decide viajar en el 2006 a los EE. UU. Todo el dinero que ganaba lo malgastaba e incluso tuvo otra relación sentimental y de la cual tiene dos hijos. Éste regresa a Ecuador en el 2010 y le comenta a J. que le había sido infiel y que tiene dos hijos en el extranjero, por lo que la paciente decidió irse de la casa pero T. no le permitió y continuaba maltratándola diciéndole que es de él y que le pertenece.



J. desea salir de su casa o denunciarlo pero tiene demasiado miedo para hacerlo. Su madre, R., a pedido una boleta de auxilio para que T. deje tranquila a J. cuando salga a la calle, pero la paciente no aceptó y prefirió continuar tal cual como está porque no desea que sus hijos pequeños se queden sin el padre.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos jóvenes adultos

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

J.: Habla de manera indirecta y agresiva sobre los maltratos sufridos por parte del esposo. Tiene miedo de que éste se entere de que esta hablando “mal” de él. Pero es clara al momento de expresar que quiere matarse porque ya no ve salida a sus problemas familiares, piensa que todos están en su contra. Su lenguaje no verbal y postura del cuerpo es de sumisión. Su cabeza esta hacia abajo y no es capaz de mirar a los ojos de quien la entrevista. Cuando está con su madre siente que es su apoyo y que solo ésta puede comprenderla.

R. (madre): Se comunica de manera agresiva, exaltada y directa cuando habla sobre las conductas de T. Pero cuando habla sobre los maltratos sufridos por su esposo su lenguaje es indirecto y su lenguaje no verbal es de sumisión y temor. Cuando está al lado de su hija es tierna y comprensible con ella.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de J. existían malas relaciones. Su padre era alcohólico y sufría de Depresión mayor, quién maltrataba físicamente a la madre y a sus hijos. Estos traumas continuaron influyendo en la vida de J., llevándola a conocer a T. quien



también la maltrataba físicamente hasta llevarla a padecer de Depresión Mayor y posteriormente a intentar suicidarse. Existe una psicopatología del padre, quien también sufría de trastornos del estado de ánimo como J. y quién se suicido a los 51 años de edad.

En la familia de T., según datos de J., también existían malas relaciones entre sus padres, hubo un padre alcohólico y que maltrataba a su madre, pero no maltrataba a los hijos varones. Estas familias de origen fueron disfuncionales, influyendo dichas conductas en la vida matrimonial de J. y T., llevándolos a formar un hogar caótico y sin límites. La paciente convivio en un hogar negligente a causa del alcoholismo y Depresión del padre y es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarla a la situación actual. Se puede notar que no son más que pautas repetitivas de maltratos de la familia de origen.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La familia nuclear apoya los malos tratos de T. hacia J., no existe buena comunicación entre los hijos y la madre, por lo que ésta se siente sola y sin apoyo familiar.
- La paciente sufre de Depresión mayor
- La madre de J. es la única que esta en contacto con ésta y apoyándola. Los demás hermanos de J. no se encuentran en el Ecuador.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

Existe mucho amor entre R. y J., esto es un apoyo personal que tiene la paciente.



8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

Como la paciente sufre de Depresión mayor, es recetada con Aldol.

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

- ¥ J. desea salir de la casa con sus hijos pequeños pero éstos están aliados con su padre en contra de ella. El dinero que T. les da es una manera de comprar a los niños para que estén en contra de J. y a favor del padre. Existen límites demasiado rígidos. Las relaciones entre J. y su familia son caóticas porque no le permiten ser madre ni esposa, la ven como una mujer que solo les tiene que cuidar y no como una madre que se merece el respeto y el cariño de ellos. A todo esto, la paciente se siente culpable y con vergüenza ajena, piensa que si les deja solos en casa, ella está siendo una mala madre.
- ¥ El alcoholismo y la negligencia del padre durante la niñez y adolescencia de la paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia, incluso R. aun no supera los malos tratos sufridos por su cónyuge. Parece ser que el alcoholismo y la negligencia del padre hacia los hijos, fuera la causa principal para que la paciente encontrara un hombre con similares conductas y la llevara a padecer de trastornos del estado de ánimo y posteriormente al intento de suicidio.
- ¥ Las dificultades y disfuncionalidades en las interacciones de la familia de la paciente son pautas repetitivas de la familia de origen. J. padece las



mismas conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos). La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.

¥ J. se siente culpable por el solo hecho de pensar que tiene que abandonar el hogar y siente vergüenza por las conductas de maltrato del esposo. Los problemas interpersonales con la familia llevaron a la paciente a sentirse rechazada, desesperanzada, pasa solo llorando, aislada, sin ánimo, no se arregla y se siente sola y culpable constantemente por lo que se siente presionada e intenta suicidarse.

¥ Los problemas de interacción familiar, tanto de su familia de origen como nuclear, la falta de apoyo y los maltratos físicos sufridos por parte de su cónyuge fueron los principales coadyuvantes para que la paciente se envenenara con campeón.

¥ No existe límites claros entre los cónyuges y la familia. Debería dejar de tener la jerarquía T. El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

¥ Gran parte de la niñez y de la adolescencia de J. estuvo en constante caos debido a que su padre consumía alcohol y maltrataba físicamente a la madre y a sus hijos, dando a entender que existía una negligencia en su hogar y un autoritarismo paterno pudiendo ser una de las causas para que J. (Sumisa) escoja un hombre con similares características que su padre. (R. – J. = Fusión y sumisión).

¥ Los límites y reglas en la familia de origen de J. fueron difuso, una familia desligada. Cada uno de los hermanos de J. sufrían por lo que le pasaba a su



UNIVERSIDAD DE CUENCA

madre, incluso eran agredidos ellos también cuando intentaban defenderla de los maltratos del padre. Existe una fusión entre R. y J. porque ambas han vivido aspectos y conductas similares por parte de sus esposos y ellas se apoyan por el dolor que han sufrido a causa de los maltratos.

- ¥ Existe una psicopatología del progenitor. El padre de la paciente había sido diagnosticado de Depresión Mayor y se suicida a los 51 años de edad con semillas de “jurarán” que existen en el campo. En la actualidad la paciente es diagnosticada con el mismo trastorno.
- ¥ Actualmente la jerarquía la tiene el esposo de la paciente. Julia sufre de rechazo (Humillaciones por parte del cónyuge, hijos varones). Tiene dificultades en sus relaciones de pareja. (celos exagerados por parte de su cónyuge y maltrato físico). Estos acontecimientos estresantes la llevan a sentir culpa y vergüenza ajena (característicos del maltrato físico)
- ¥ La familia se alía en contra de J. y R., no tienen buena comunicación, sus reglas y límites son rígidas y el maltrato físico continúa por parte del cónyuge. Es una familia desligada.
- ¥ Paciente continua con la ideación suicida.



12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA			
Esposo	Esposa	Hijo/a	Abuela/o		Aglutinadas	Desligadas	
X						X	

OTROS
Alcoholismo
Maltrato físico
Negligencia
Depresión Mayor



CASO 18

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 13 de Diciembre del 2011	
Nombre del paciente: L. A. C.	
Edad: 32 años	Ocupación: Salonero en un prostíbulo
Nombre de la Conviviente: R. C.	Ocupación: Ama de casa
Edad: 41 años	
RELIGION: Católica	
Número de hijastros (orden de nacimiento) y edades 1. J. H. – 17 años 2. B. H. – 15 años 3. F. H. – 12 años	Ocupación - estado civil. 1. Estudiante - Soltera 2. Comerciante - soltero 3. Estudiante
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ El Vado – Cuenca - Provincia del Azuay

Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.) L. tiene un primer compromiso del cual tiene dos hijos. La conviviente abandona el hogar y el paciente da la tutela de sus hijos a una tía para que los cuide. Se compromete nuevamente con R.

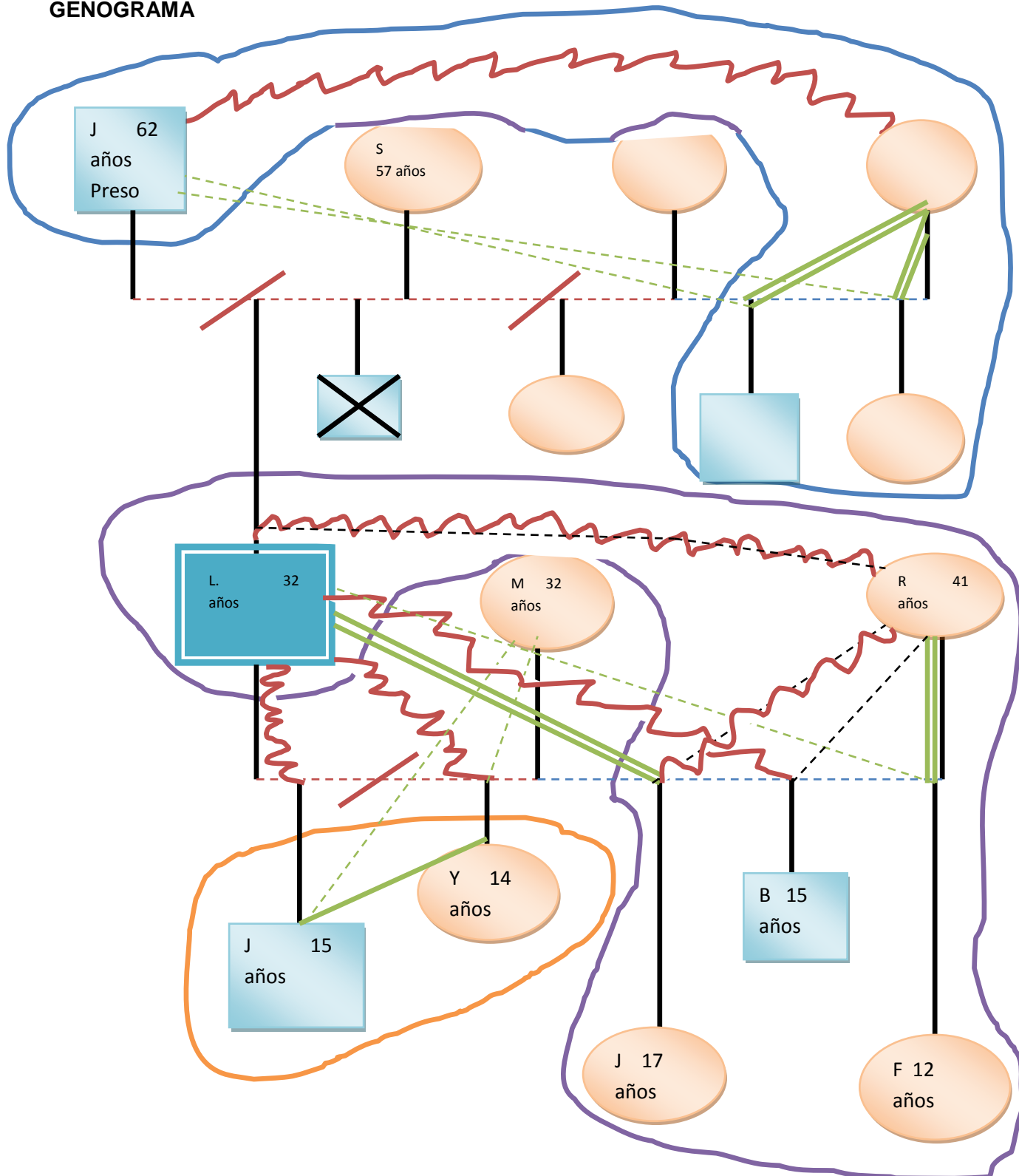
Asisten a terapia: L.

Remitida por: El paciente es ingresado en el área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por haber ingerido alcohol por el lapso de cuatro semanas



seguidas, presentado ansiedad, irritabilidad y debilidad generalizada. Menciona que ha intentado suicidarse por dos ocasiones.

GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

L.: Manifiesta que ingiere alcohol desde los 14 años, cuando justamente conoce a sus padres por primera vez. L. había sido regalado por sus progenitores a una tía materna. El paciente se va de la casa, empieza a trabajaba en burdeles y a ingerir alcohol. Menciona que ha intentado suicidarse en dos ocasiones. La primera vez ingiere Perrofín a causa de que su primera mujer lo abandona con dos hijos. L. da la custodia de sus hijos a la tía que le había criado a él. La segunda vez ingiere campeón cuando su segundo compromiso le había pedido que se vaya de la casa porque no le quiere ver alcoholizado, trabajando en prostíbulos y mal gastando el dinero. L. desea que lo acepten tal como es. Le permita su actual pareja trabajar en un prostíbulo porque da mucho dinero y que él les mantiene con facilidad. El burdel es de su padre, éste le había dejado encargando hasta que él salga de prisión.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

L. ha intentado superar sus problemas de alcoholismo buscando apoyo en la iglesia católica donde los sacerdotes, pero no ha causado efecto alguno. Más bien en la iglesia le habían dicho que el trabajar en burdeles es un pecado y que debería dejar de hacerlo. El padre de L. es dueño de algunos prostíbulos de la ciudad de Quito y Cuenca, pero éste por el momento está preso por el lapso de 8 años porque lo acusan de haber violado a una mujer y por dedicarse a la brujería. L. buscó al padre cuando se enteró que lo había puesto bajo prisión y el padre acude a darle el poder para que cuide el prostíbulo de Cuenca (Los Tanques). El paciente ahora administra el burdel y también cura de la brujería en aquel lugar. Ingiere alcohol por varios días y sobre todo por las noches con sus clientes. L. ve esta



ocupación como algo normal, lo único que pide es el apoyo de su actual pareja para que lo comprenda, le deje trabajar en paz y no se ponga celosa, porque si no se siente solo, ingiere alcohol y desea suicidarse.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos adolescentes

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

L.: Se comunica con agresividad y exaltación. Es directo cuanto habla sobre su primera mujer. Esta mujer también había sido prostituta, por lo que abandona su hogar y según L., se encuentra en Colombia trabajando en la prostitución. El lenguaje no verbal del paciente es de agresividad y autoritarismo cuando habla sobre su trabajo. Ahora le ve al padre como un ídolo porque le ha dejado a cargo el burdel y porque saca mucho dinero por las noches. No respeta a las mujeres, generaliza para insultarlas. “Mi madre es una mala madre, mi primera mujer igual, mi actual pareja no me comprende, todas son iguales, una aprovechadoras”

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de L. han existido malas relaciones. Su madre (quien era prostituta) sufría de constantes maltratos físicos por parte del esposo, quien era autoritario por ser el dueño de los burdeles de Quito y Cuenca. L. de niño queda a cargo de una tía materna porque sus padres lo abandonaron. Estos conflictos continuaron influyendo en la vida de L. y han hecho que encuentre a su primera pareja en un burdel y la segunda pareja sea sumisa.



Esta vida de libertinaje, llevó a L. a ser alcohólico y a beber por cuatro semanas seguidas. La familia de origen es disfuncional, influyendo dichas conductas en la vida conyugal de L. y sus parejas, llevándolos a formar un hogar caótico y sin límites. El paciente en su niñez y adolescencia convivió en un hogar negligente a causa del abandono de los padres y los maltratos físicos de la tía materna y es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarlo a la situación actual.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- El trabajar en un burdel hace que L. ingiera alcohol todas las noches con sus clientes porque casi todos le ofrecen algo de beber en agradecimiento por sus chicas.
- La actual familia de L. no está de acuerdo que trabaje en un burdel porque ingiere demasiado alcohol. Falta de apoyo familiar.
- La iglesia, le pidió que se retire de ese trabajo porque está en pecado.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

El cariño sincero de sus dos hijos quienes viven con su tía materna. Estos chicos no saben que su padre trabaja en un burdel y en la brujería. L. les da buen dinero por semana y según el paciente esto les gusta mucho por lo que cada vez, que L. va a visitarlos, le reciben con mucho cariño, al igual que la tía materna.

8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS



9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.

10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

- ¥ L. desea que su actual pareja le permita trabajar en un burdel y que no le cele por todo, caso contrario se suicidará. Al parecer el paciente manipula de esta manera a su pareja para que le deje trabajar. L. impone límites demasiado rígidos. Las relaciones con los hijastros son caóticas porque tampoco están de acuerdo que el paciente trabaje en un burdel. L. acude a maltratarlos físicamente.
- ¥ La prostitución, la negligencia y el abandono de los padres durante la niñez y adolescencia del paciente no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia. Ven a este tipo de trabajo como algo normal y que da buen dinero. Incluyen a la brujería para obtener más ganancias. Parece ser que el abandono y la negligencia de los padres hacia L., fuera la causa principal para que actualmente el paciente sea alcohólico crónico y todos éstos sucesos fueran el principal factor desencadenante para que el paciente presente conductas suicidas. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.
- ¥ Será acaso que el alcoholismo de L. fue por haberse enterado de que sus padres lo habían abandonado o el vivir en burdeles lo llevaron a un consumo constante de alcohol.
- ¥ Su conducta suicida es una manera de manipular a su actual pareja para que ésta no le moleste con frecuencia y pueda trabajar en el burdel.
- ¥ Las dificultades y disfuncionalidades en las interacciones de la familia del paciente son pautas repetitivas de la familia de origen. L. manifiesta las



mismas conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos – abandono)
¥ No existe límites claros entre los cónyuges y la familia. Debería dejar de tener la jerarquía L. El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Gran parte de la niñez y de la adolescencia de L. estuvo en un caos constante debido a que sus padres lo abandonaron al cuidado de una tía materna, dando a entender que existía una negligencia en su hogar. El paciente se independiza desde sus 14 años porque la tía lo maltrataba físicamente y lo explotaba económicamente. Su padre es dueño de prostíbulos y cura de la brujería, mientras que su madre es prostituta, por lo que L. tuvo una niñez y adolescencia totalmente negligente, llevándolo al consumo de alcohol y presentar conductas suidas.
- ¥ Los límites y reglas en la familia de origen de L. fueron difusos, una familia desligada. Este hizo lo que el deseaba, se emancipó a muy corta edad y empezó a trabajar en burdeles, el mismo trabajo que el de su padre.
- ¥ El poder y la jerarquía lo tiene actualmente L. Su actual pareja es sumisa. Éste la maltrata físicamente al igual que ha sus hijos. Manifiesta el paciente que como él da el dinero, su familia tiene que respetarlo o sino que se vayan de la casa. La relación entre los cónyuges son caóticas, no se comprenden, pasan en constante discusión por la situación de que L. trabaja en un burdel.
- ¥ En la actualidad las reglas y límites sean rígidos dentro de la interacción familiar. El trabajar en un burdel, lleva a la familia a portarse de manera disfuncional en contra de L.



12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA			
Esposo	Esposa	Hijo/a	Abuela/o	Aglutinadas	Desligadas		
X					X		

OTROS
Prostitución
Negligencia
Abandono
Maltrato físico
Brujería
Alcoholismo



CASO 19

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

FECHA: Cuenca, 15 de Diciembre del 2011	
Nombre del paciente: F. L. Q.	
Edad: 18 años	
Nombre del Padre: C. Q.	Nombre de la madre: A. A.
Edad del padre: 54 años	Edad de la madre: 41 años
Ocupación: Padre: Profesor	Madre: Profesora
RELIGION: Padre: Católica	Madre: Católica
Número de hijos de la paciente (orden de nacimiento) y edades 1.M. Q. – 28 años 2. F. Q. – 19 años	Ocupación - estado civil. 1. EE.UU 2. Estudiante - soltero
DIRECCION DEL DOMICILO:	➤ Cuenca, Llacao
Teléfono:	➤ 4035133

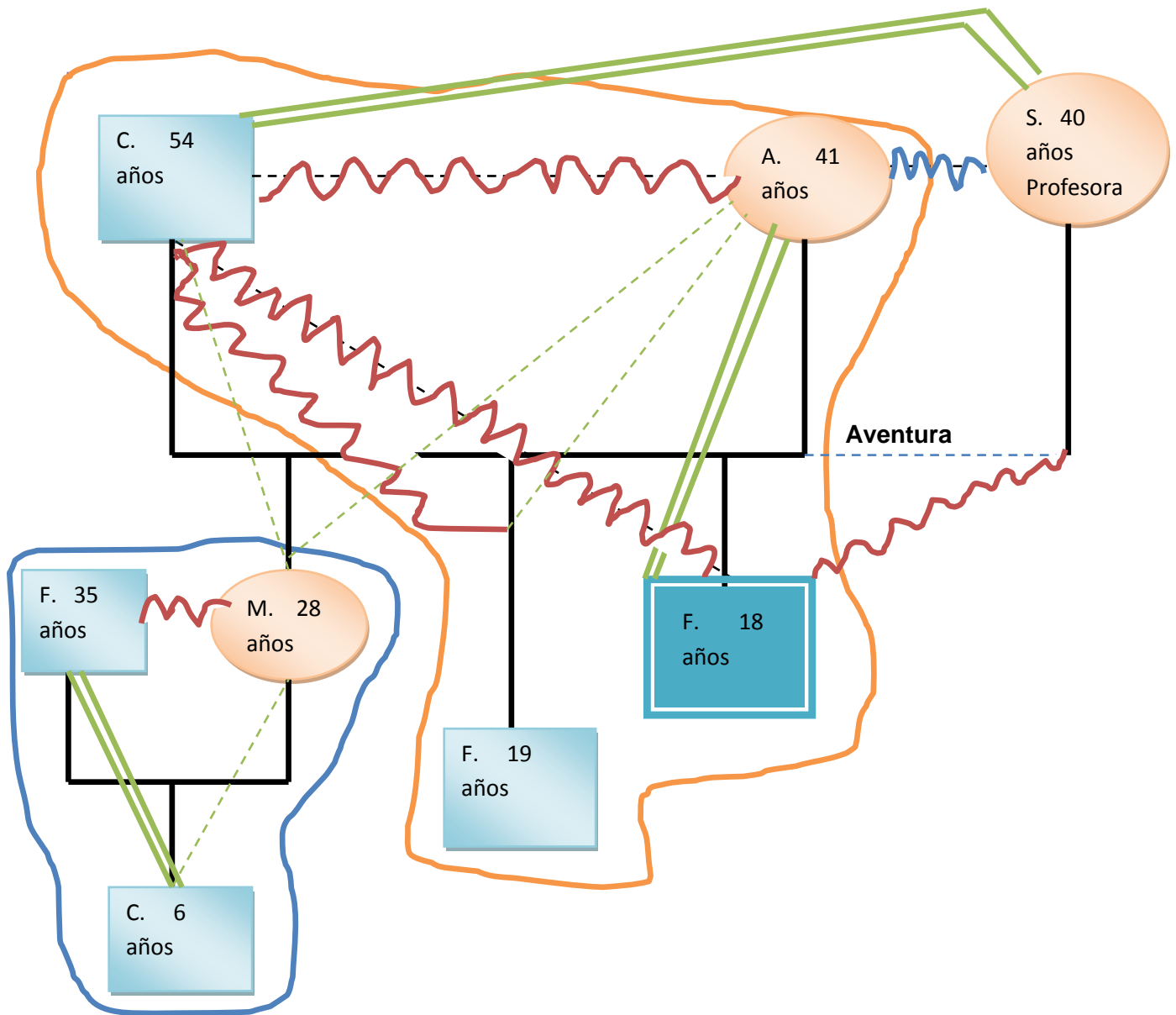
Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.)

Asisten a terapia: F., C. y A.

Remitida por: El paciente es ingresada al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por intento de suicidio, ingiriendo una dosis elevada de órgano fosforado “Campeón”.



GENOGRAMA





1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

F.: Ingiere una dosis elevada de órgano fosforado (Campeón) porque su padre no cumplió lo que le había ofrecido. (Abandonar a su amante y quedarse con su madre). F. manifiesta que siempre su hogar había sido bueno, pero desde que apareció Sandra (amante) empezaron los problemas. Ésta mujer los llama al teléfono a amenazarlos con quitarles al padre, les dice que C. es su marido y que F. y sus hermanos ya están grandes como para quedarse solos. Insulta a A. y cada vez que se encuentran en la calle se dan de golpes discutiendo por C. y F. tiene que entrar en defensa de su madre. El paciente desea que su padre abandone a la amante definitivamente y que no le sea infiel a la madre. “Me falló mi padre, falló a mi madre, tanto que hablaba de valores, y miren como está pecando”. Si éste deja a S., F. quiere continuar estudiando Ingeniería Eléctrica, caso contrario de suicidará porque no soporta ver que su padre no respete a la madre.

A (madre): Manifiesta que su hijo ha intentado suicidarse porque el padre vive pecando, tiene una amante y que todas las tardes pasa en la casa de ésta mujer. El sueldo que cobra del magisterio reparte para las dos casas y A. no soporta la situación. Desea que C. se decida si se queda con ella y sus dos hijos o con S.

C. (padre): No niega que tiene una relación extramatrimonial. Manifiesta que está con S. desde el año 2000, un año después de que A. viajará a los EE.UU para trabajar y hacer una casa. (A. regresa en el 2005). C. manifiesta que está muy agradecido con A. por haberle dado una casa para vivir y que haya mandado dinero para sus hijos, pero que él se sentía solo, abandonado, pasaba ingiriendo alcohol, se sentía muy triste cuando ella emigró a EE.UU y fue cuando apareció S. y le ayudo a superar su



problema. C. desea que sus hijos le perdonen, porque él no les ha fallado, que les quiere demasiado, sino que A. es de muy mal carácter y él ya no la aguanta.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

La madre de F. ha intentado mejorar la situación familiar buscando apoyo en los hijos, donde su suegra y ha acudido a los compañeros de trabajo de C... A., F. y F. se han aliado para vigilar al padre a la hora de salida de su trabajo, o cuando sale algún fin de semana a la calle. Cada vez A. y su suegra buscan a S. para pedirle que deje en paz a C., pero empieza la discusión y los maltratos físicos entre ellas. Algunos compañeros de trabajo de C., llaman al teléfono a A. para informarle que S. ha llegado a la escuela primaria en hora de recreo a ver a su esposo. F. está también al tanto de todo lo que hagan sus padres, Aida le comenta sobre lo que habla con C. y esto al paciente le incomoda y va a gritar a su padre que deje a su amante y que por su culpa todos están mal pero sobre todo la madre. C. para detener las discusiones y los reclamos ofrece continuamente dejar a S. pero no hay nada concreto.

3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con hijos jóvenes adultos

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

F.: Habla directamente sobre sus conductas suicidas y sobre todo sobre las infidelidades del padre. Su expresión verbal es agresiva cuando habla



sobre S. Se pone irritable porque se siente defraudado por el padre. Su lenguaje no verbal es de ira y confusión.

A.: Se comunica de manera agresiva, exaltada y directa con su esposo C. Siempre está a la defensiva. Habla con agresividad al momento de expresar las infidelidades de su esposo. Incluso su lenguaje no verbal muestra agresividad y autoritarismo cuando mira a C.

Manifiesta que continuará persiguiendo a S. para maltratarla mientras su esposo no la deje y se quede con ella por el bien de sus dos hijos.

C.: Habla de manera directa, es claro y autoritario cuando está con su esposa y hablan sobre S. Manifiesta C. que no puede dejar tan fácilmente a su amante porque tiene una relación larga y ella le comprende más que A. Siente pena por sus hijos, no quiere divorciarse de A, pero desea que ésta le comprenda y le permita estar también con S. Se expresa con F. de manera indirecta cuando habla sobre S., le continúa ofreciendo que se va a separar de ella. Su lenguaje no verbal hacia su hijo es de compasión y confusión.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

En la familia de A. existían malas relaciones. Su madre sufría de constantes maltratos físicos por parte del esposo, quien era alcohólico y falleció de Cirrosis. Estos conflictos continuaron influyendo en la vida de A. a tal punto de encontrar un esposo de similares conductas como las de su padre, la maltrataba físicamente durante su vida matrimonial hasta el momento en que M. (Primera hija) tenía 10 años. En la familia de C. también existían malas relaciones entre sus padres, hubo un padre alcohólico e infiel y una



madre que maltrataba físicamente a C. Estas familias de origen fueron disfuncionales, influyendo dichas conductas en la vida matrimonial de C. y A., llevándolos a formar un hogar caótico y sin límites. F. ha convivido en un hogar negligente a causa de la migración de la madre y el alcoholismo e infidelidad del padre en su niñez y adolescencia, y es por ello que esas interacciones y conductas pudieron llevarlo a la situación actual.

6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- La influencia de la madre sobre sus hijos, para que éstos se alíen a ella y se pongan en contra del padre.
- Los hijos se sienten defraudados ante las infidelidades de C.

- Los compañeros de C. a favor de A... C. se siente perseguido por todos.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

El amor que siente C. hacia sus hijos. Teme separarse de A. para que éstos no sufran. Sin embargo, tampoco puede dejar a S. porque siente que ésta la apoya y tiene una mejor relación que con A... F. ama a su padre pero le exige decisiones que C. no desea. Como el dejar a S. y quedarse con su madre.

8. CONDICIONES FISICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.



10. HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

- ¥ A. y C. desean que sus hijos varones no sufran a causa de sus problemas conyugales. A. exige a C. que deje a S. y C. no desea terminar su relación con ninguna de las dos mujeres. F. también exige a su padre que deje a su amante o él se suicidará, al parecer ésta es una forma de “chantajear” a C. para que se quede con la madre. La familia en si se está poniendo límites rígidos. Las relaciones entre hermanas son buenas, están aliados con su madre para perseguir a C. y que éste no le sea infiel a A.
- ¥ La migración, el alcoholismo y la negligencia de los padres durante la niñez y adolescencia de F. no se encuentran superados y no han sido trabajados con toda la familia, piensan que C. es el culpable de todas las dificultades que ocurren en su sistema familiar a causa de la infidelidad.

Existen dos supuestos en cuanto a las conductas de F.: **a)** Parece ser que la migración, el alcoholismo y la negligencia de los padres hacia los hijos, fuera la causa principal para que el paciente presente las conductas suicidas **b)** O el adolescente es manipulador y chantajista con su familia. F. manifiesta: “Mi padre, viendo que me tome “Campeón”, va a tener miedo de dejarnos, porque va a pensar que yo me voy a matar”. Estas palabras del paciente dan a entender que es manipulado por su madre (Triangulación) para que F. chantajee a C. y así éste se quede en casa y deje a S. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.

- ¥ Las dificultades y disfuncionalidades en las interacciones de la familia de F. no son más que pautas repetitivas de la familia de origen. Los padres del paciente tienen las mismas conductas de su familia de origen. (Maltratos físicos – alcoholismo – infidelidad)



- ¥ A. se siente culpable por haber abandonado a sus hijos cuando ella emigró a los EE.UU pero más culpable se siente por el abandono a C., porque no se hubiera convertido en alcohólico e infiel. Los problemas interpersonales con la familia llevan a F. a sentirse rechazado y desesperanzado dentro de su estructura familiar. La infidelidad de C. lleva a un caos conyugal y familiar. Estas dificultades hacen suponer que son el principal coadyuvante para que el paciente se envenenara con campeón.
- ¥ No existe límites claros entre los cónyuges y la familia. Se debería nivelar la jerarquía de C.. La infidelidad lleva a la disfuncionalidad de la familia. El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ Durante la niñez y adolescencia de F. existió un caos constante debido a que su madre emigra hacia los EE.UU, dejando a los hijos con el padre en el año de 1999. C., un año después, empieza a ingerir alcohol y a serle infiel a su esposa, dando a entender que existía una negligencia en su hogar.
- ¥ Los límites y reglas en la familia de origen de F. fueron difusos, una familia desligada. Cada uno de sus hijos hacían lo que deseaban. La primera hija, M., emigro también a los EEUU porque era la única que recibía maltrato físico por parte de C. en caso de que ésta no atiende a la familia en los quehaceres domésticos, mientras que los hijos varones pasaban en la calle con los amigos y también consumiendo alcohol, pero jamás se habían enterado que su padre tenía otra relación. C. era negligente con sus hijos a causa del alcohol y la infidelidad.



12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA	
Papá	Mamá	Hijo/a	Abuela/o	Aglutinadas	Desligadas
x					X

OTROS
Maltrato físico
Migración
Alcoholismo
Negligencia
Infidelidad



CASO 20

FORMULARIO DE ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

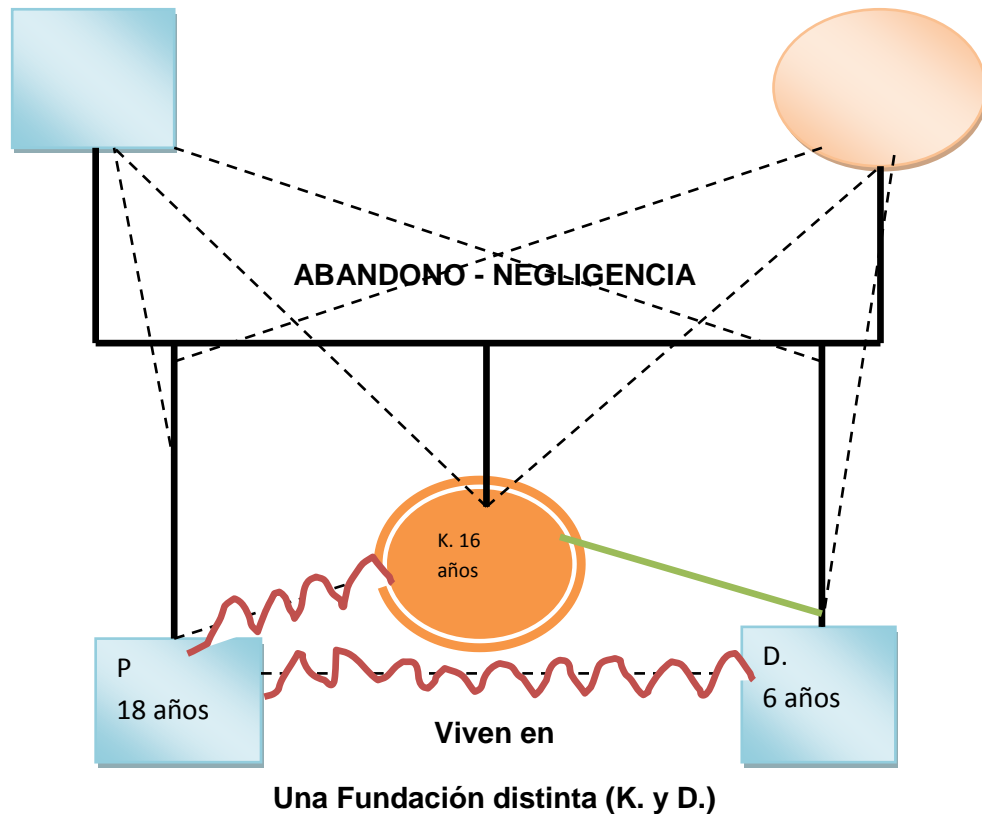
FECHA: Cuenca, 19 de Diciembre del 2011	
Nombre de la paciente: K. M.	
Edad: 16 años	
Nombre del Padre: P. M.	Nombre de la madre: M. P.
Edad del padre: -----	Edad de la madre: -----
Ocupación: Padre: -----	Madre: -----
RELIGION: Católica	
Número de hermanos de la paciente (orden de nacimiento) y edades	Ocupación - estado civil.
1.P. M. – 18 años	1. Cargador - Soltero
2. D. M. – 6 años	2. Fundación Buena Esperanza
DIRECCION DEL DOMICILIO:	➤ Cuenca, Fundación Buena Esperanza

Relaciones de familia reformuladas (Números de matrimonios o uniones, hijos de otras relaciones, etc.)

Asisten a terapia: K.

Remitida por: La paciente es ingresada al área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por intento de suicidio con órgano fosforado “Campeón”.

GENOGRAMA



1. PROBLEMA ACTUAL/CAMBIO DESEADO (Desde la perspectiva de cada persona)

K.: Intenta suicidarse ingiriendo una dosis elevada de órgano fosforado (Campeón). Manifiesta que quiso matarse porque se siente sola (nadie la visita), porque no sirve para nadie, se siente sucia desde que la violó un amigo de su mamá a los 10 años y se siente culpable por el abandono de la madre. Continúa con la ideación suicida y menciona que lo intentará de nuevo sino le dejan de exigir a que haga los quehaceres domésticos en la Fundación. Cada vez que intenta suicidarse escribe cartas de despedida que dicen así:



“Yo estoy haciendo esto porque no tengo a mi madre y a mis ñaños, porque tengo ataques y parezco una loca gritando, soy violada y me siento como un trapo viejo que no sirvo para nada porque desde pequeña no he podido vivir feliz y nadie me viene a visitar, por esa razón ya no merezco vivir” K.

Ella desearía que le dejen salir de la Fundación para ir a buscar a su hermano D. que se encuentra en otra Fundación. Pide que no la obliguen a cocinar, a barrer, a planchar y a tender las camas de los demás niños y niñas que se encuentran en la Fundación. Quiere curarse de los ataques (Epilepsia) y dejar de sentirse culpable por el abandono de la mamá y la violación.

2. SECUENCIA DE CONDUCTA REPETITIVA IMPRODUCTIVA (Soluciones intentadas, intentos de mantener equilibrio homeostático)

Los padres de K. habían abandonado a sus tres hijos cuando K. tenía 12 años de edad. El padre, quien había sido alcohólico, se fugó un día de la casa y no se sabe de él. La madre de K., quien también había sido alcohólica, maltrataba físicamente a sus hijos, ésta tenía un amigo con quien ingería alcohol y terminó violando a la paciente a la edad de los 10 años y se alejó de la casa. La madre culpaba a K. del distanciamiento del amigo y no le creía que le había violado, por lo que decide abandonar a sus tres hijos y no se sabe el paradero de ella ni del padre. P., el hermano mayor se hace cargo de los menores pero empieza a ingerir alcohol y a maltratarlos físicamente, por lo que los vecinos llaman al INNFA y acuden a ingresar a K. y D. en fundaciones diferentes. Detectan a K. Epilepsia, lesión cerebral, convulsiones y depresión. Karla en el momento de ingresar a la Fundación tenía 14 años.



3. ETAPAS DE LA VIDA FAMILIAR (Noviazgo, pareja sin hijos, hijos pequeños, escolares, adolescentes, jóvenes adultos, nido vacío, vejez)

Se trata de una familia con adolescentes

4. ESTILOS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN: (Directo, claro, indirecto, confuso, vago, doblemente vinculado, autoritario, agresivo, irrelevante, etc.)

K.: Manifiesta que ella no puede comunicarse de manera abierta en la Fundación y que no puede expresar sus sentimientos. Ha deseado decirle a la madre que la ama a pesar de sus malos tratos y pedirle perdón, pero le es imposible comunicarse con ella. Desea pedirle a su hermano P. que deje de ingerir alcohol para regresar a la casa todos y vivir como una familia. Piensa K. que si están en el hogar, sus padres los encontrarán. Su lenguaje no verbal es de sumisión y vergüenza, no levanta la cabeza para hablar.

5. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA FAMILIA DE ORIGEN (Influencia positiva o negativa en cuanto a generaciones pasadas)

Los padres de K., han ingerido alcohol desde que la paciente se acuerda. Maltrataban físicamente a los hijos, les exigían que vayan a vender caramelos en la calle y si no traían el dinero, los mandaban a dormir en la calle. Ingresaban a la casa varios amigos de la madre para ingerir alcohol con ellos. Si el padre de K. no lo permitía, la madre acudía a maltratarlo físicamente y luego a los hijos. Luego del abandono y negligencia hacia sus hijos a causa del alcoholismo, P., empieza a ingerir alcohol y a presentar las mismas conductas de sus padres, siendo autoritario y ordenando tal cual como lo hacía la madre. Estos conflictos familiares, han influido en la vida K., a tal punto de ser abusada sexualmente y a padecer trastorno del estado de ánimo depresión, llevándola así a presentar sus conductas suicidas.



6. FUENTES EXTERNAS DE ESTRÉS Y APOYO (Relaciones fuera de la familia nuclear: Comunidad, trabajo, iglesia, amigos, parientes)

- Ausencia de sus padres y de sus dos hermanos (Falta de apoyo familiar). La paciente se siente sola.
- Nadie le viene a visitar en la Fundación. Se pone triste cuando ve llegar a los familiares de sus demás amigos.

- Dentro de la Fundación, K. no se puede llevar con nadie a causa de su agresividad en contra de sus amigos. No acata reglas ni normas. Maltrata a personas menores que ella.

7. FORTALEZAS FAMILIARES

Tiene la esperanza de que algún día vea a sus padres, pero sobre todo a la madre para pedirle perdón y que no se vaya de su lado. Cree que al estar con su familia, ella se curará de las convulsiones y tendrá el apoyo necesario para salir adelante.

8. CONDICIONES FÍSICAS DISCAPACITANTE SIGNIFICATIVAS/MEDICAMENTOS

- Lesión cerebral
- Epilepsia (Crisis Convulsivas)

No toma medicación, la Fundación no requiere de los medios económicos necesarios como para gastar en estos tratamientos

9. TRATAMIENTOS PREVIOS, RESULTADOS DE TESTS, OTRA INFORMACIÓN, ETC.



10.HIPOTESIS EN CUANTO AL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA (Ganancias con el síntoma, función del síntoma ¿Cómo podría el síntoma servir a la función?)

- ¥ El alcoholismo, el abandono y la negligencia de los padres, no han sido trabajados y no ha sido superados por parte de K. Esta negligencia, llevo a la paciente a sufrir de abuso sexual a la edad de 10 años por parte de un amigo de la madre. La paciente fue culpabilizada por este hecho en vez de ser comprendida. Todos estos acontecimientos llevaron a K. a padecer de trastorno del estado de ánimo (depresión) y a la aparición de conductas suicidas. La estructura o dinámica familiar, es en este caso, un coadyuvante para el apareamiento de la ideación o intento de suicidio.
- ¥ Podría ser que la lesión cerebral de K, apareció desde su nacimiento o fue producto de algún golpe durante su niñez y adolescencia a raíz de los maltratos físicos recibidos por parte de la madre.
- ¥ Los problemas interpersonales con la familia llevaron a la paciente a sentirse desvalorizada, desesperanzada, culpable y ansiosa en cuanto a sus conflictos con su familia nuclear. Ella es una víctima, y no culpable. Los límites son rígidos (desea libertad, salir de la fundación). Presenta una familia desligada. El límite externo del sistema es poco permeable.

11.EVALUACION FAMILIAR ESTRUCTURAL (Fusión, aislamiento, individuación, caos, rigidez o flexibilidad, estructura de poder, límites generacionales, relación entre cónyuges, alianzas, roles asumidos, intrusiones, etc.)

- ¥ K. desde su niñez ha padecido de negligencia por parte de sus padres a causa de su alcoholismo. La paciente sufre de abuso sexual a la edad de los 10 años por parte de un amigo de la madre. El padre y la madre abandonan a sus hijos, por lo que el INNFA acude a acogerlos en una fundación tanto a Karla como a Daniel. K. se siente culpable por el abandono de la madre y por la violación, la mamá culpaba a la paciente de todos los conflictos. Los límites



UNIVERSIDAD DE CUENCA

de ésta familia fueron difusos, una familia desligada.

- ¥ El poder y la jerarquía lo tenía la madre de K. El padre era flexible y sumiso, incluso era maltratado físicamente por la esposa. Las relaciones entre los cónyuges eran caóticas, no se comprendían, pasaban en constante discusión por la manutención de sus hijos, los culpaban de sus conflictos y los maltrataban físicamente.
- ¥ Luego del abandono de los padres, P. se hace cargo de sus hermanos (rol de padre), pero éste empieza a ingerir alcohol y a maltratar físicamente a D. y a K. Celaba a la paciente y le exigía que como mujer, tiene que atenderlos y darlos de comer. P. abandona a sus hermanos, los vecinos se entera de esto y llaman al INNFA.
- ¥ La fundación no conoce el paradero de los padres ni del hermano, ni tampoco saben mucha información de la paciente. Lo que K. padece es de lesión cerebral, epilepsia, convulsiones y depresión. Pasa constantemente agresiva y amenazando que se va a suicidar.



12. CUADRO DEL ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

PATRONES DE COMUNICACIÓN			LÍMITE INTERNO			LÍMITE EXTERNO	
Pasivo	Asertivo	Agresivo	Claro	Difusos	Rígidos	Permeable	Poco permeable
		X			X		X

JERARQUÍA				TIPOS DE FAMILIA	
Papá/ Hermano	Mamá	Hijo/a	Abuela/o	Aglutinadas	Desligadas
X	X				X

OTROS
Maltrato físico
Abuso sexual
Alcoholismo
Negligencia
Abandono